

# M-TRACK

» **SURVEILLANCE AMÉLIORÉE** DE L'INFECTION À VIH, DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG ET DES COMPORTEMENTS À RISQUE ASSOCIÉS CHEZ LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES AU CANADA

---

RAPPORT DE LA PHASE 1 || NOVEMBRE 2011

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections  
Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses  
Agence de la santé publique du Canada



Agence de la santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

Canada

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

Pour obtenir une version électronique de ce rapport, veuillez communiquer avec :

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 (Ontario)  
K1A 0K9  
Courriel : [ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca](mailto:ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca)

Pour obtenir un exemplaire de ce rapport, veuillez communiquer avec :

CATIE  
555, rue Richmond Ouest, bureau 505  
Toronto (Ontario)  
M5V 3B1  
Numéro sans frais : 1-800-263-1638  
Courriel : [orderingcentre@catie.ca](mailto:orderingcentre@catie.ca)

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

**Nota :** Le présent document doit être cité comme la source de toute information extraite et tirée du rapport.

**Suggestion pour citer la source :** Agence de la santé publique du Canada. *M-Track : Surveillance améliorée de l'infection à VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada. Rapport de la phase I.* Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2011.

## RENSEIGNEMENTS À L'INTENTION DES LECTEURS

Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Agence de la santé publique du Canada, de concert avec ses collaborateurs, est heureux de présenter les résultats de la phase 1 de l'enquête M-Track, un système de surveillance améliorée de l'infection à VIH, d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les homosexuels, les bisexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes au Canada.

Ce rapport présente les principaux résultats de la phase 1 de M-Track, qui a été mise en œuvre entre 2005 et 2007 dans cinq sites sentinelles au Canada : Victoria, Winnipeg, Toronto, Ottawa et Montréal.

Une des composantes clés de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida* consiste à perfectionner les connaissances en vue de nous aider à mieux comprendre l'épidémie d'infection à VIH et à orienter l'élaboration de politiques, de programmes et d'interventions, tels que les nouvelles thérapies et techniques de prévention. Le développement des connaissances permet d'améliorer la surveillance dans une population particulière, notamment les études épidémiologiques, socio-comportementales, ethnographiques et communautaires.

M-Track s'appuie sur les efforts locaux antérieurs, et le travail de planification et de mise en œuvre est effectué en collaboration avec les autorités sanitaires locales et provinciales, les enquêteurs dans chaque site, les équipes d'étude locales et les organisations communautaires. L'Agence de la santé publique du Canada aimerait plus particulièrement remercier les participants à M-Track, car sans leur concours, cette enquête aurait été impossible.

La phase 2 du système de surveillance a débuté en 2008 et s'est déroulée à Vancouver et à Montréal. La collecte de données pour la phase 2 s'est achevée à la fin de 2010. L'Agence de la santé publique du Canada prévoit d'autres phases de M-Track dans l'avenir.

M-Track fournira des renseignements importants à ceux qui s'occupent de l'élaboration de politiques et de programmes visant à prévenir et à contrôler l'infection à VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les phases ultérieures d'application du système de surveillance nous permettront de mieux évaluer les tendances dans la prévalence de l'infection à VIH, de l'hépatite C, de la syphilis, d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada.

## REMERCIEMENTS

L'enquête M-Track n'aurait pu être menée à bien sans le dévouement et l'aide de nombreuses personnes et organisations. La mise en œuvre de la phase 1 de M-Track a été couronnée de succès grâce à la collaboration de fonctionnaires de l'Agence de la santé publique du Canada, de chercheurs, d'autorités sanitaires provinciales et locales et d'organisations communautaires dans les sites participants au Canada. Les organisations et personnes suivantes ont collaboré à la phase 1 de M-Track :

### **MONTREAL (L'ÉTUDE ARGUS)**

Gilles Lambert (chercheur principal [CP])  
Joseph Cox (CP)  
Michel Alary  
René Lavoie  
Joanne Otis  
Robert Remis

Jean Vincelette  
Philippe Carrière  
Louis-Robert Frigault  
Marc-André Gadoury  
François Tremblay  
Claude Tremblay  
Patrick Berthiaume  
Stéphane Cormier  
Christian Joubert  
Ayman Kafal  
Alexandre Massicotte  
Alexandre Morin  
Bernard Ouellet  
Alexandre Schnubb

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
Institut national de santé publique du Québec  
Université de Montréal  
Université McGill  
Université Laval  
Coalition des organismes communautaires du Québec contre le sida  
Université du Québec à Montréal  
Université de Toronto  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

### **VICTORIA (L'ÉTUDE M-TRACK À VICTORIA)**

Murray Fyfe (CP)  
Liz Walker  
Dana Carr  
Mark Gilbert  
Robert Hogg  
Doug McGhee  
Eric Roth  
Captain Snowden  
David Mielke  
Michael Yoder  
Murray Anderson  
Jaden Keitlah  
Josephine MacIntosh  
Alex McLeod  
Rick Myers  
Richard Stanwick

Mike Pennock  
Audrey Shaw  
Bridey Stirling

Vancouver Island Health Authority  
BC Centre for Disease Control  
BC Centre for Excellence in HIV/AIDS

### **WINNIPEG (L'ÉTUDE M-TRACK À WINNIPEG)**

John Wylie (CP)  
Margaret Ormond  
Stephanie Harvard

Laboratoire provincial Cadham

### **ONTARIO (ÉTUDE LAMBDA À OTTAWA ET TORONTO)**

Ted Myers (CP)  
Robert Remis (CP)  
Winston Husbands (CP)  
Frank McGee  
James Murray  
Sarah Jane Teleski  
Juan Liu  
Dan Allman  
Barry Adam  
Orhan Hassan  
Christiane Bouchard  
Charles Shames  
Bruce Clarke  
Peter Richtig  
Christine Johnston  
Miguel Cubillos  
Carlos Idibouo  
Albin Lopez  
Glen Bugg  
David Lewis  
Peter Ho  
Siva Gunaratnam  
Vijay Saravanamuthu  
Rui Pires  
Junior Pradash  
Marco Theriault  
Jose Cedano

Université de Toronto, Faculté de médecine  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Bureau de lutte contre le sida  
Service de santé publique d'Ottawa  
Comité de lutte contre le sida de Toronto  
Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario  
Coalition noire pour la prévention du sida  
Alliance des Asiatiques du Sud pour la prévention du sida  
Asian Community AIDS Services  
Centre pour les hispanophones

**LABORATOIRE NATIONAL DE MICROBIOLOGIE, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA**

Alberto Severini  
Pam Sawatzky  
Raymond Tsang  
John Kim  
Laurie Malloch  
Paul Sandstrom  
Richard Pilon

**CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS,  
AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA**

Chris Archibald (CP)  
Susanna Ogunnaike-Cooke  
Marissa McGuire  
Stephen Cule  
Dana Paquette  
Elizabeth Venditti  
Susan Shurgold  
Sherine Nahmias  
Shauna Martin  
Yogesh Choudri  
Marene Gatali  
Mark Vanderkloot  
Tom Wong (Co-CP)  
Stephanie Totten  
Maureen Perrin  
Gayatri Jayaraman  
Rhonda Kropp  
Jeff Dodds  
Robert Lerch  
Geneviève Tremblay  
Michael Smith  
Jacqueline Arthur

Équipe de projet du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections chargée du présent rapport :

**Marissa McGuire**, Gestionnaire de projet, auteure principale et conseillère en analyse

**Stephanie Totten**, Auteure et conseillère en analyse

**Maureen Perrin**, Auteure et conseillère en analyse

**Susan Shurgold**, Analyse de données principale et assurance de la qualité

**Tory Atwood**, Auteure

**Elizabeth Venditti**, Assurance de la qualité

**Sherine Nahmias**, Assurance de la qualité

**Susanna Ogunnaike-Cooke**, Rédactrice-révisseuse

**Gayatri Jayaraman**, Rédactrice-révisseuse

**Chris P. Archibald**, Rédacteur-révisseur

**Tom Wong**, Rédacteur-révisseur

## RÉPONDANTS

Nous tenons à remercier tous les participants qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et qui nous ont ainsi permis de communiquer les renseignements qui suivent.



# TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS À L'INTENTION DES LECTEURS . . . . .	I
REMERCIEMENTS . . . . .	II
TABLE DES MATIÈRES . . . . .	VII
LISTE DES TABLEAUX . . . . .	IX
LISTE DES FIGURES . . . . .	X
LISTE DES ANNEXES . . . . .	X
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS . . . . .	XI
SOMMAIRE . . . . .	1
<b>1. INTRODUCTION . . . . .</b>	<b>7</b>
1.1 Contenu du rapport . . . . .	7
1.2 Objectif du rapport . . . . .	7
<b>2. RENSEIGNEMENTS DE BASE . . . . .</b>	<b>8</b>
2.1 Infection à VIH/sida et autres ITSS chez les homosexuels, les bisexuels et d'autres HARSAH au Canada . . . . .	8
2.2 L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada (IF) . . . . .	8
2.3 Surveillance (comportementale et biologique) améliorée au Canada . . . . .	8
2.3.1 M-Track : Surveillance (comportementale et biologique) améliorée chez les homosexuels, les bisexuels et d'autres HARSAH au Canada . . . . .	9
<b>3. MÉTHODES . . . . .</b>	<b>10</b>
3.1 Aperçu des méthodes . . . . .	10
3.2 Conception du système de surveillance . . . . .	10
3.2.1 Objectifs de la phase 1 de M-Track . . . . .	10
3.2.2 Sélection des sites sentinelles . . . . .	10
3.2.3 Critères d'admissibilité . . . . .	11
3.2.4 Prévisions relatives à la taille de l'échantillon . . . . .	11
3.2.5 Échantillonnage et recrutement . . . . .	11
3.2.6 Collecte de données . . . . .	12
3.2.7 Gestion des données . . . . .	14
3.2.8 Personnel d'enquête et formation . . . . .	14
3.2.9 Considérations éthiques . . . . .	15
3.3 Stratégies d'analyse des données . . . . .	15
<b>4. RÉSULTATS . . . . .</b>	<b>17</b>
4.1 Aperçu des résultats . . . . .	17
4.2 Aperçu des participants et caractéristiques socio-démographiques . . . . .	17
4.3 Vie sexuelle et autres pratiques . . . . .	21
4.3.1 Vie sexuelle générale . . . . .	21
4.3.2 Partenaires sexuels réguliers . . . . .	24
4.3.3 Partenaires occasionnels . . . . .	27
4.3.4 Relations sexuelles avec des partenaires féminines . . . . .	29
4.3.5 Relations sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services . . . . .	30

---

4.4	Usage de drogues à des fins récréatives . . . . .	30
4.5	Dépistage, prévalence du VIH, connaissance du statut sérologique et antécédents de traitement . . . . .	33
4.5.1	Antécédents de dépistage du VIH . . . . .	34
4.5.2	Prévalence du VIH et connaissance de son statut sérologique. . . . .	37
4.5.3	Antécédents de traitement contre le VIH . . . . .	38
4.6	Autres infections transmissibles sexuellement et par le sang . . . . .	39
4.6.1	Antécédents de dépistage des ITSS . . . . .	39
4.6.2	Antécédents déclarés d'ITSS et séroprévalence à vie de l'infection à VHC et de la syphilis . . . . .	41
4.7	Connaissances et suppositions concernant l'infection à VIH, à VHC et d'autres ITSS . . . . .	43
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION . . . . .</b>	<b>46</b>
5.1	Résumé des résultats . . . . .	46
5.1.1	Aperçu des participants et caractéristiques socio-démographiques . . . . .	46
5.1.2	Vie sexuelle et autres pratiques. . . . .	47
5.1.3	Usage de drogues à des fins récréatives . . . . .	48
5.1.4	Dépistage, prévalence du VIH, connaissance du statut sérologique et antécédents de traitement. . . . .	49
5.1.5	Infection à VHC, syphilis et autres ITSS . . . . .	50
5.1.6	Connaissances et suppositions concernant l'infection à VIH, à VHC et d'autres ITSS . . . . .	51
5.2	Points forts/limites . . . . .	52
5.3	Conclusions et prochaines étapes . . . . .	52
	<b>ANNEXE 1. EXEMPLE DES QUESTIONS DE BASE POUR L'ENQUÊTE M-TRACK (PHASE 1) . . . . .</b>	<b>55</b>
	<b>RÉFÉRENCES . . . . .</b>	<b>69</b>

**LISTE DES TABLEAUX**

<b>TABLEAU 1.</b>	Période de collecte des données, taille de l'échantillon et prélèvement de GSS	15
<b>TABLEAU 2.</b>	Lieux de recrutement	17
<b>TABLEAU 3.</b>	Âge des répondants	18
<b>TABLEAU 4.</b>	Revenu personnel annuel avant impôts, toutes sources confondues	18
<b>TABLEAU 5.</b>	Niveau de scolarité le plus élevé atteint	19
<b>TABLEAU 6.</b>	Première langue apprise et encore comprise aujourd'hui	19
<b>TABLEAU 7.</b>	Groupe ethnique ou culturel unique auquel le répondant s'identifie le plus	20
<b>TABLEAU 8.</b>	Identité sexuelle des répondants	20
<b>TABLEAU 9.</b>	Lieux publics utilisés pour trouver des partenaires sexuels au cours des six mois précédents	21
<b>TABLEAU 10.</b>	Nombre de partenaires sexuels masculins (relations orales ou anales) au cours des six mois précédents	23
<b>TABLEAU 11.</b>	Nombre de partenaires sexuels masculins avec lesquels les répondants ont eu des relations anales au cours des six mois précédents	23
<b>TABLEAU 12.</b>	Utilisation du condom par l'un ou l'autre des partenaires lors de la relation anale la plus récente dans les six derniers mois	24
<b>TABLEAU 13.</b>	Relations anales non protégées (RANP) au cours des six mois précédents	24
<b>TABLEAU 14.</b>	Nombre de partenaires sexuels réguliers au cours des six mois précédents	25
<b>TABLEAU 15.</b>	Utilisation du condom durant des relations anales actives et passives avec un ou des partenaires réguliers séronégatifs pour le VIH au cours des six mois précédents, selon le statut déclaré des répondants à l'égard du VIH	25
<b>TABLEAU 16.</b>	Utilisation du condom durant des relations anales actives et passives avec un ou des partenaires réguliers séropositifs pour le VIH au cours des six mois précédents, selon le statut déclaré des répondants à l'égard du VIH	26
<b>TABLEAU 17.</b>	Utilisation du condom au cours des six mois précédents durant des relations anales actives et passives avec un partenaire régulier dont le statut sérologique est inconnu, selon le statut déclaré des répondants à l'égard du VIH	27
<b>TABLEAU 18.</b>	Nombre de partenaires sexuels occasionnels au cours des six mois précédents	27
<b>TABLEAU 19.</b>	Utilisation du condom avec des partenaires masculins occasionnels au cours des six mois précédents	28
<b>TABLEAU 20.</b>	Statut auto-déclaré à l'égard du VIH et relations anales non protégées avec un partenaire sexuel occasionnel, selon le statut sérologique connu ou supposé du partenaire	29
<b>TABLEAU 21.</b>	Nombre de partenaires sexuelles féminines au cours des six mois précédents	29
<b>TABLEAU 22.</b>	Relations sexuelles commerciales (orales ou anales) au cours des six mois précédents	30
<b>TABLEAU 23.</b>	Usage de drogues pendant une relation sexuelle ou deux heures avant au cours des six mois précédents	31
<b>TABLEAU 24.</b>	Antécédents d'injection de drogues	32
<b>TABLEAU 25.</b>	Antécédents de dépistage du VIH	34
<b>TABLEAU 26.</b>	Raisons pour ne jamais avoir passé un test de dépistage du VIH	34
<b>TABLEAU 27.</b>	Raisons pour ne pas avoir subi de test de dépistage du VIH au cours des deux années précédentes chez les hommes qui se disaient séronégatifs	35
<b>TABLEAU 28.</b>	Statut auto-déclaré à l'égard du VIH	37
<b>TABLEAU 29.</b>	Séroprévalence du VIH et séropositivité connue	37
<b>TABLEAU 30.</b>	Antécédents de traitement contre le VIH	38
<b>TABLEAU 31.</b>	Antécédents de dépistage des ITSS	39
<b>TABLEAU 32.</b>	Fréquence du dépistage des ITSS au cours des deux années précédentes	40
<b>TABLEAU 33.</b>	Antécédents déclarés d'ITSS diagnostiqués	41

<b>TABLEAU 34</b> . Résultat auto-déclaré du plus récent test de dépistage du VHC . . . . .	42
<b>TABLEAU 35</b> . Séroprévalence de la syphilis et de l'infection à VHC . . . . .	42
<b>TABLEAU 36</b> . Co-séropositivité pour le VIH et le VHC . . . . .	43
<b>TABLEAU 37</b> . Co-séropositivité pour le VIH et la syphilis . . . . .	43
<b>TABLEAU 38</b> . Connaissances et suppositions concernant la transmission de l'infection à VIH, à VHC et d'autres ITSS . . . . .	44
<b>TABLEAU 39</b> . Mythes et idées fausses concernant l'infection à VIH, à VHC et d'autres ITSS . . . . .	45

### **LISTE DES FIGURES**

<b>FIGURE 1</b> . Papier à base de fibres de coton conçu pour le prélèvement de liquides organiques . . . . .	12
<b>FIGURE 2</b> . Trousse pour le prélèvement de GSS. . . . .	13
<b>FIGURE 3</b> . Prélèvements de GSS sur le rayon de séchage . . . . .	13

### **LISTE DES ANNEXES**

<b>ANNEXE 1</b> . EXEMPLE DES QUESTIONS DE BASE POUR L'ENQUÊTE M-TRACK (PHASE 1) . . . . .	55
--	----

## ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

### A

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

### C

CER : Comité d'éthique pour la recherche

CLMTI : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

### D

DES : Dernier événement sexuel

### E

EIA : Dosage immuno-enzymatique

### G

GSS : Goutte de sang séché

### H

HARSAH : Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

### I

IF : Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada

ITS : Infections transmissibles sexuellement

ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

### L

LGV : Lymphogranulome vénérien

LNM : Laboratoire national de microbiologie

LNVR : Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie

### O

OC : Organisation communautaire

OMS : Ontario Men's Survey

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

### R

RANP : Relations anales non protégées

### S

Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise

### T

TPPA : Test d'agglutination des particules de *Treponema pallidum*

### U

UDI : Utilisateur de drogues par injection

### V

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine



# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est chargée de coordonner les efforts de lutte du gouvernement fédéral contre le VIH/sida, responsabilité qui est décrite dans *l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*<sup>1</sup> et dans le plan d'action du Canada intitulé *Au premier plan : Le Canada se mobilise contre le VIH/sida*<sup>2</sup>.

Une des composantes clés de *l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* (IF) est le développement des connaissances, qui comprend la création de programmes de surveillance sentinelle dans des populations vulnérables. Dans la foulée de l'IF et des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) relativement aux méthodes de surveillance de deuxième génération du VIH<sup>3</sup>, l'ASPC a implanté un système de surveillance améliorée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) au Canada. Ce système de surveillance, appelé « M-Track », s'appuie sur les efforts locaux antérieurs et cible les homosexuels, les bisexuels et d'autres HARSAH. La mise en œuvre de M-Track au Canada a permis de tableur sur les initiatives de recherche existantes. M-Track complète également de nombreuses autres initiatives en cours pour lutter contre le VIH/sida et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Canada.

Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) a mis en œuvre le système de surveillance M-Track en collaboration avec des services de santé locaux et provinciaux, des organisations communautaires et des chercheurs universitaires.

## OBJECTIFS PRIMAIRES DE M-TRACK (PHASE 1)

- Obtenir un ensemble de base de mesures comportementales comparables chez les HARSAH dans tous les sites de surveillance sentinelle, tout en répondant aux besoins en matière de données sur les enjeux locaux et régionaux et sur les questions d'intérêt local.
- Décrire l'évolution des habitudes et tendances relatives au comportement sexuel chez les HARSAH dans les sites de surveillance participants au Canada.
- Déterminer la prévalence de l'infection à VIH, de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et de la syphilis à partir d'un échantillon biologique.
- Dégager les tendances en ce qui concerne les tests de dépistage de l'infection à VIH, d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS) et des hépatites virales.

## APERÇU DES MÉTHODES UTILISÉES PAR M-TRACK

- M-Track est un système de surveillance améliorée du VIH qui suit l'évolution de la prévalence de l'infection à VIH, à VHC et de la syphilis et les comportements à risque associés chez les HARSAH au Canada en combinant une surveillance comportementale et biologique.
- M-Track exerce une surveillance au moyen d'enquêtes transversales, périodiques menées dans certains sites sentinelles au Canada.
- Les participants sont surtout recrutés au moyen de méthodes d'échantillonnage selon le lieu.
- La participation est volontaire, parfaitement anonyme et requiert un consentement éclairé.
- Les renseignements sur les caractéristiques démographiques, les comportements sexuels, l'usage de drogues, le dépistage de l'infection à VIH et d'autres ITSS ainsi que sur les attitudes face à l'infection par le VIH, le VHC et d'autres ITSS sont recueillis à l'aide d'un questionnaire de base national auto-administré. Chaque site a la possibilité d'ajouter des questions additionnelles particulières pour répondre aux besoins locaux.
- Une goutte de sang séché (GSS) est prélevée par ponction capillaire au bout du doigt pour un dépistage de l'infection à VIH, à VHC et de la syphilis.
- Le travail de planification et de mise en œuvre de M-Track se fait en collaboration avec les enquêteurs dans chaque site, l'équipe d'étude locale, les comités consultatifs communautaires et d'autres intervenants.

### OBJECTIF DU RAPPORT

Le présent rapport vise à fournir des résultats descriptifs de la phase 1 des enquêtes M-Track effectuées entre 2005 et 2007 dans différents sites sentinelles au Canada.

Il présente un aperçu global des données recueillies et fournit des renseignements utiles pour l'évaluation des politiques et programmes de santé publique. Il servira également de point de référence pour la comparaison des données au fil des ans et pour des analyses futures plus approfondies des données qui intéressent les intervenants communautaires, les chercheurs et les analystes de politiques et de programmes.

### ANALYSE DES DONNÉES

Entre 2005 et 2007, 4 838 hommes dans cinq sites sentinelles ont participé à la phase 1 de M-Track. En tout, 4 793 hommes ont rempli le questionnaire. À Victoria, Winnipeg et Montréal, le taux de réponse au questionnaire était de 100 %, comparativement à 98,4 % à Toronto et à 97,7 % à Ottawa. La proportion de l'ensemble des participants qui ont fourni une GSS variait également selon les sites, allant de 41,2 % à Toronto à 99,3 % à Montréal. La participation différait en outre à cause des critères d'admissibilité variés utilisés d'un site à l'autre. À Toronto et à Ottawa, les répondants avaient le choix de fournir une GSS sans remplir le questionnaire, ou ils pouvaient remplir le questionnaire sans fournir de GSS.

Seuls les hommes qui ont rempli le questionnaire sont inclus dans l'échantillon d'analyse pour tous les tableaux de résultats figurant dans le présent rapport (n = 4 793).

Les données du rapport sont présentées sous forme de tableaux par site sentinelle (lorsque le nombre est suffisant pour l'analyse), afin de permettre les comparaisons d'un site sentinelle à l'autre et avec l'échantillon national total de M-Track.

Il importe de noter que les données présentées dans le rapport ne proviennent pas d'un échantillon aléatoire. Les différences d'un site sentinelle à l'autre peuvent donc résulter de variations dans les méthodes de recrutement, les méthodes d'échantillonnage ou les critères d'admissibilité, plutôt que de différences réelles dans les caractéristiques socio-démographiques ou les comportements de la population de HARSAH dans chaque site.

Aucune méthode statistique n'a été utilisée dans le rapport pour comparer les résultats d'un site sentinelle à l'autre, et aucune technique statistique n'a été appliquée pour tenir compte des données manquantes. Les données dans les tableaux comptant des cellules de petite taille<sup>i</sup> n'ont pas été éliminées, vu que la divulgation de ces données ne permet pas de reconnaître l'identité de participants individuels.

Chaque tableau indique le sous-groupe spécifique de répondants sur lequel se base l'analyse—sous-groupe défini comme « admissible » dans le présent rapport—pour faciliter l'interprétation exacte des données présentées.

### RÉSUMÉ DES RÉSULTATS : PHASE 1 DE M-TRACK

#### Aperçu des participants et caractéristiques socio-démographiques

Environ la moitié des hommes qui ont participé à la phase 1 de M-Track ont été recrutés dans des bars, et le reste lors d'événements, au sein d'associations et dans des bains publics. La majorité des répondants étaient âgés entre 30 et 49 ans (54 %), et l'âge moyen et médian de tous les participants était de 39 ans (intervalle de 16 à 86). Environ le tiers des participants faisaient état d'un revenu personnel annuel de 50 000 \$ ou plus; environ 12 % ont établi leur revenu personnel annuel à 10 000 \$ ou moins, ou n'ont déclaré aucun revenu. Pour ce qui est du niveau de scolarité le plus élevé atteint, environ 60 % de l'échantillon avait obtenu au moins un diplôme collégial ou universitaire. À la question sur l'origine ethnique ou culturelle, la majorité des sujets ont cité une origine nord-américaine (72 %). La plupart des participants ont répondu à la question sur l'orientation sexuelle en disant qu'ils étaient homosexuels (82 %) et 14 % se sont déclarés bisexuels.

#### Vie sexuelle

Les participants à M-Track ont souvent indiqué avoir cherché des partenaires sexuels dans divers lieux de socialisation et lieux publics au cours des six mois précédant l'enquête. Par exemple, une forte proportion ont cherché un partenaire sexuel dans des bars (56 %), des saunas (41 %) et sur Internet (39 %), au cours de cette période.

La majorité des participants qui avaient eu des relations sexuelles (orales ou anales) avec un homme au cours des six derniers mois ont également déclaré avoir eu des relations anales avec au moins un homme au cours de cette période (60,4 %). Près de 40 % ont eu des relations anales avec plusieurs partenaires masculins au cours des six mois précédents.

---

<sup>i</sup> Si la définition de ce qu'on entend par petite taille d'une cellule varie, elle désigne assez souvent un nombre supérieur à zéro mais inférieur à trois, cinq ou six, selon la nature des données et de la source.



En plus de la question sur les activités sexuelles générales, on a également posé aux répondants qui disaient avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents des questions plus détaillées sur les activités sexuelles avec des partenaires réguliers, occasionnels, commerciaux et de sexe féminin au cours de cette période. Parmi ceux qui répondaient avoir eu un partenaire sexuel masculin au cours des six mois précédents, près de 80 % avaient eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin régulier. Une proportion similaire ont dit avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin occasionnel. Près de la moitié, cependant, n'ont mentionné qu'un seul partenaire régulier (44,5 %) et 33,5 % des hommes ont indiqué avoir eu plusieurs (> 1) partenaires masculins réguliers. La majorité a également mentionné plusieurs partenaires occasionnels (63,4 %).

Un peu plus de 60 % avaient eu des relations sexuelles protégées lors de leurs dernières relations anales, mais environ 55 % ont indiqué avoir eu des relations anales non protégées (RANP) avec un homme au moins une fois au cours des six mois précédents (tout type de partenaire). Près de la moitié des sujets ayant eu un partenaire occasionnel avaient toujours utilisé un condom durant les relations anales actives et passives, respectivement (47,0 % et 49,6 %). La proportion d'hommes qui disent avoir toujours utilisé un condom avec un partenaire régulier au cours des six mois précédents était généralement plus élevée lorsque ce partenaire était sérodiscordant plutôt que séroconcordant.

Au cours des six mois précédant l'enquête, environ 10 % des sujets ont répondu indépendamment avoir donné ou accepté de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles. Une proportion similaire d'hommes ont également eu des relations sexuelles avec des partenaires féminins durant cette période (11,8 %).

Parmi les hommes qui se sont dits séropositifs pour le VIH et avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel au cours des six mois précédents, environ 20 % ont eu des RANP avec un partenaire qui était, à leur connaissance, séronégatif pour le VIH. Moins de 5 % des hommes qui se sont dits séronégatifs pour le VIH ont déclaré avoir eu des RANP au cours de la période avec un partenaire occasionnel qui, selon eux, était séropositif pour le VIH.

### Usage de drogues à des fins récréatives

L'usage de drogues non injectables avant ou durant les relations sexuelles était une pratique assez courante chez les participants à M-Track. Environ 61 % avaient pris des drogues à usage récréatif ou d'autres types de substances (à l'exclusion de l'alcool) au cours des six derniers mois durant des relations sexuelles ou dans les deux heures précédant ces relations.

L'injection de drogues était moins fréquente. En tout, 10,3 % des participants s'étaient déjà injecté des drogues et 4,5 % l'avaient fait au cours des six mois précédents. La drogue la plus souvent citée était la cocaïne (5,8 % des participants). Une plus faible proportion s'étaient déjà injecté des stéroïdes (3,6 %), de la méthamphétamine en cristaux (3,2 %) ou de l'héroïne (2,4 %). Une proportion encore plus faible ont dit s'être injecté au cours des six mois précédents de la cocaïne (2,1 %), des stéroïdes (1,5 %), de la méthamphétamine en cristaux (1,2 %) et de l'héroïne (< 1,0 %).

### Dépistage, prévalence du VIH, connaissance du statut sérologique et antécédents de traitement

La grande majorité des participants ont dit avoir subi un dépistage du VIH (86,2 %). La plupart de ceux qui s'identifiaient comme séronégatifs pour le VIH avaient passé un test de dépistage dans les deux années précédant l'enquête (75,2 %).

Une forte proportion de ceux qui n'avaient jamais passé de test ont indiqué qu'ils ne l'avaient pas fait parce qu'ils jugeaient qu'ils couraient un faible risque d'infection à VIH (54,1 %). Parmi les autres raisons couramment citées figurent la peur de passer le test (27,6 % des hommes) et le fait de connaître déjà son statut sérologique (26,7 % des hommes). La majorité des hommes se disant séronégatifs qui n'avaient pas passé le test au cours des deux années précédentes indiquaient également qu'ils n'avaient pas subi récemment de dépistage parce qu'ils considéraient qu'ils couraient un faible risque d'infection à VIH (59,4 %). Près de 30 % ont indiqué qu'ils ne s'étaient pas fait tester au cours des deux années précédentes parce qu'ils connaissaient leur statut à l'égard du VIH.

La prévalence du VIH chez les participants à M-Track était élevée. Parmi ceux qui ont fourni un échantillon de GSS suffisant pour le dépistage, la prévalence du VIH atteignait 15,1 %, variant entre 11,1 % à Ottawa et 23,1 % à Toronto.

Au nombre de ceux qui ont obtenu un résultat positif au test sur GSS, 19,1 % ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs. Environ 75 % de tous les participants qui se disaient séropositifs avaient déjà pris des médicaments contre le VIH et une proportion plus faible indiquaient qu'ils suivaient actuellement un traitement contre le VIH (66,0 %).

### Infection à VHC, syphilis et autres ITSS

La majorité des sujets ont répondu qu'ils avaient passé un test de dépistage de l'infection à VHC (66,9 %), de la gonorrhée (66,6 %) et de la syphilis (62,6 %). Plus de 80 % de ces participants avaient subi un test dans les deux années précédentes.

La proportion de répondants qui avaient reçu un diagnostic d'ITSS au moins une fois variait selon l'infection. Par exemple, une gonorrhée avait été diagnostiquée chez 21,1 % des sujets, une infection à *Chlamydia trachomatis* chez 11,2 % et une syphilis chez 6,5 %.

Un pourcentage élevé de participants ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour un dépistage ont été trouvés séropositifs à la fois pour la syphilis et l'infection à VHC (6,3 % et 5,3 %).

La proportion de participants séropositifs et pour le VIH et pour le VHC s'établissait à 2,2 %, alors que la proportion de sujets séropositifs pour le VIH et la syphilis était de 2,9 %. Il convient de noter que les cas séropositifs pour l'infection à VHC et la syphilis ne représentent pas nécessairement des infections actives et que des infections par le VHC ou la syphilis qui sont résolues ne compliquent pas l'état de santé des sujets séropositifs pour le VIH de la même façon que des infections actives.

### Connaissances et suppositions concernant l'infection à VIH et d'autres ITSS

Au moins 75 % des sujets ont répondu correctement aux questions sur la prévention et la transmission de l'infection à VIH et d'autres ITSS; il y avait cependant d'importantes lacunes dans les connaissances des répondants, sur lesquelles devraient se pencher les autorités sanitaires et les fournisseurs de soins de santé. Les participants connaissaient mieux l'infection à VIH que d'autres ITSS. Alors que presque tous les répondants savaient qu'une personne infectée par le VIH pourrait paraître en bonne santé, seulement 58,5 % savaient qu'une infection à VHC pourrait également être asymptomatique, et 74,4 % étaient conscients que les ITS n'entraînent pas toujours des symptômes. Seulement 31,3 % des répondants étaient au courant qu'il existe un traitement contre l'infection à VHC.

### POINTS FORTS ET LIMITES

Les résultats de l'enquête M-Track pour chaque site sentinelle sont colligés et donnent un aperçu national utile des comportements à risque des HARSAH au Canada. Les données de M-Track sont recueillies au moyen d'enquêtes transversales. Bien qu'il ne soit pas possible d'examiner directement les liens de causalité, ces données de surveillance fournissent des renseignements essentiels aux dispensateurs de services et aux responsables des programmes de prévention à tous les niveaux : national, provincial, territorial et local.

En outre, comme les échantillons étaient relativement de grande taille comparativement à ceux d'autres enquêtes similaires au Canada, on dispose d'une puissance statistique adéquate pour examiner les différences d'un sous-groupe à l'autre sur le plan des comportements à risque et des facteurs associés.

M-Track utilise principalement des méthodes d'échantillonnage selon le lieu pour surmonter certaines des difficultés inhérentes d'accès à des populations difficiles à joindre. Les résultats de la surveillance ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble de la population cible au Canada.

Sauf pour le volet biologique de l'enquête, les résultats présentés dans le rapport sont basés sur des données auto-déclarées, qui sont sujettes à un biais de rappel et au biais rattaché à la désirabilité sociale. Des comportements socialement indésirables peuvent donc avoir été sous-déclarés, alors que des comportements socialement désirables peuvent avoir été surdéclarés.

### CONCLUSIONS ET PROCHAINES ÉTAPES

M-Track constitue la principale source de données pour surveiller les tendances de l'infection à VIH, à VHC et de la syphilis chez les HARSAH au Canada, notamment les changements dans les comportements associés à l'acquisition et à la transmission de ces infections. Les données de M-Track seront donc utilisées pour suivre le progrès des efforts déployés en vue d'atteindre les objectifs du Canada en ce qui concerne la prévention de l'acquisition et de la transmission de nouvelles infections à VIH.

Les commentaires relatifs à la phase 1 du système de surveillance M-Track ont montré que le système était bien accueilli par les participants et les partenaires qui y collaborent. L'implantation de ce système de surveillance dans tout le Canada est essentielle si l'on veut disposer de renseignements pour la planification et l'évaluation des mesures de lutte contre l'infection à VIH et d'autres ITSS chez les HARSAH au Canada. Grâce à ce système, il est possible d'évaluer à l'échelle nationale et, dans une certaine mesure, à l'échelle provinciale et locale les tendances dans les comportements à risque.

Les résultats de la phase 1 de M-Track ont confirmé que la séroprévalence de l'infection à VIH, à VHC et de la syphilis est élevée chez les HARSAH des sites sentinelles participants au Canada. De nombreux hommes ont des relations sexuelles à risques réduits, mais de toute évidence, le risque de transmission du VIH et d'autres ITSS subsiste chez les HARSAH au Canada, vu qu'une proportion importante d'hommes font toujours état de RANP. La phase 1 de M-Track confirme également qu'une proportion élevée de sujets se font tester pour le VIH, mais qu'un pourcentage important ignore qu'ils sont séropositifs. Les données relatives aux habitudes de dépistage des HARSAH pour d'autres ITSS de même que les données sur les connaissances concernant d'autres ITSS chez les HARSAH montrent qu'on pourrait améliorer la sensibilisation aux conséquences de l'infection et qu'on devrait offrir aux HARSAH qui signalent des pratiques sexuelles à risque un dépistage de toutes les infections pertinentes.

Les HARSAH ne constituent pas un groupe homogène; un message ou une stratégie unique de prévention risque peu d'être efficace. Les messages de prévention doivent être adaptés au niveau communautaire, vu que les profils de risque des participants varient selon le site sentinelle. Les efforts d'élaboration de politiques devraient viser à aider les hommes séronégatifs pour le VIH à demeurer séronégatifs et à offrir à ceux qui sont positifs des soins et des conseils, de même que des renseignements sur la façon d'éviter de transmettre l'infection à VIH et d'autres ITSS.

Le présent rapport vise à donner une vue d'ensemble des données dans une perspective nationale. Il fournit non seulement des renseignements utiles pour orienter les efforts en santé publique, l'élaboration de politiques et l'évaluation de programmes, mais sert également de point de référence pour une surveillance continue et des analyses plus complexes dans l'avenir.

La phase 2 de M-Track a pris fin à Vancouver et à Montréal. Les efforts actuels visent à améliorer le système de surveillance M-Track pendant que l'ASPC et ses partenaires travaillent à la mise en œuvre de la phase 3.



# 1. INTRODUCTION

## 1.1 CONTENU DU RAPPORT

Dans le présent rapport sont exposés les principaux résultats de la phase 1 de M-Track, un système de surveillance améliorée de l'infection à VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) au Canada. On y trouve un bref aperçu des systèmes de surveillance de deuxième génération et des renseignements de base sur la mise au point de M-Track. Le rapport décrit également la conception et les méthodes du système de surveillance M-Track, donnant notamment des renseignements sur les critères d'admissibilité, les prévisions relatives à la taille de l'échantillon, les stratégies d'échantillonnage et de recrutement, le personnel chargé de l'enquête et sa formation, de même que les principaux volets du processus de collecte de données (c.-à-d. le questionnaire et l'échantillon biologique). Des résultats clés de la phase 1 de M-Track sont présentés dans la section sur les résultats. Le rapport se termine par une brève discussion des principaux résultats, des points forts et des limites de M-Track de même que des répercussions et des projets en ce qui concerne les phases futures de M-Track.

## 1.2 OBJECTIF DU RAPPORT

Le rapport présente dans une perspective nationale les résultats descriptifs de la phase 1 des enquêtes M-Track effectuées entre 2005 et 2007 dans les sites sentinelles participants au Canada. Il donne un aperçu complet des données recueillies, qui pourrait aider à orienter l'élaboration de politiques et l'évaluation de programmes en santé publique. Il devrait également servir de point de référence pour la surveillance continue des changements et la réalisation d'analyses plus pointues dans l'avenir. Des analyses ultérieures porteront sur la relation entre certaines variables et questions qui intéressent les intervenants communautaires, les chercheurs et les analystes de politiques et de programmes.

## 2. RENSEIGNEMENTS DE BASE

### 2.1 INFECTION À VIH/SIDA ET AUTRES ITSS CHEZ LES HOMOSEXUELS, LES BISEXUELS ET D'AUTRES HARSAH AU CANADA

Des données récentes indiquent que l'infection à VIH/sida continue de frapper un nombre disproportionné d'HARSAH au Canada. Malgré les progrès accomplis en vue de juguler l'épidémie chez les HARSAH, les recherches entreprises au début du vingt et unième siècle font ressortir une augmentation de la transmission du VIH chez les HARSAH dans les pays occidentaux, y compris le Canada, ce qui soulève de nouvelles interrogations quant à la façon d'améliorer les programmes et politiques existants de prévention de la transmission du VIH<sup>4,5</sup>.

En 2008, le nombre de rapports de tests positifs pour le VIH chez les adultes signalés à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) continuait d'être le plus élevé chez les HARSAH<sup>6</sup>. Les estimations nationales les plus récentes indiquent que l'incidence du VIH chez les HARSAH est relativement stable; or, c'est dans ce groupe qu'on retrouve toujours la plus forte proportion de nouvelles infections à VIH, selon les estimations de 2008 au Canada<sup>7</sup>.

Un nombre également disproportionné d'HARSAH sont touchés par d'autres ITSS. Des éclosions sporadiques de syphilis sont survenues chez des HARSAH au Canada au cours de la dernière décennie. On observe également des interactions importantes entre la syphilis et l'infection à VIH, et des données montrent que la détection précoce et le traitement d'une ITS (comme la syphilis) peuvent influencer sur la transmission sexuelle du VIH. De plus, la positivité pour le virus de l'hépatite C (VHC) chez les HARSAH qui n'ont pas d'antécédents d'injection de drogues est associée à l'infection par le VIH, ce qui évoque la possibilité d'une transmission sexuelle du VHC dans ce groupe lorsqu'aucun autre risque de transmission n'est signalé<sup>8-10</sup>. Les déclarations relatives aux pratiques à risque peuvent cependant ne pas être exactes.

Les systèmes courants de surveillance nationale des infections transmissibles sexuellement et des hépatites virales ne recueillent pas de données sur la catégorie d'exposition ni sur les comportements à risque des cas, ce qui limite leur utilité pour estimer le fardeau que représentent d'autres ITSS chez les HARSAH au Canada.

L'examen détaillé de l'épidémiologie de l'infection à VIH/sida et d'autres ITSS chez les HARSAH au Canada dépasse le cadre du présent rapport; l'ASPC publie cependant des données sur les tendances récentes et les éléments nouveaux concernant l'épidémie d'infection à VIH au Canada dans le rapport *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*<sup>11</sup>.

### 2.2 L'INITIATIVE FÉDÉRALE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU CANADA (IF)

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est chargée de coordonner les efforts de lutte du gouvernement fédéral contre le VIH/sida, décrits dans *l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*<sup>1</sup> et dans le plan d'action du Canada intitulé *Au premier plan : Le Canada se mobilise contre le VIH/sida*<sup>2</sup>.

Un des principaux volets de l'IF est le développement des connaissances, qui vise à améliorer notre compréhension de l'épidémie d'infection à VIH et à orienter l'élaboration de politiques, de programmes et d'interventions, notamment les nouvelles techniques et thérapies de prévention.

Plus précisément, l'IF préconise l'élaboration de méthodes distinctes pour lutter contre le VIH/sida dans huit populations clés : les HARSAH, les utilisateurs de drogues par injection (UDI), les Autochtones, les jeunes à risque, les détenus, les femmes, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et celles vivant avec le VIH/sida.

### 2.3 SURVEILLANCE (COMPORTEMENTALE ET BIOLOGIQUE) AMÉLIORÉE AU CANADA

Pour donner suite à l'IF et en plus de produire de nouvelles connaissances sur l'épidémiologie du VIH/sida au Canada en exerçant une surveillance systématique des cas d'infection à VIH/sida, des souches de VIH et de la pharmacorésistance, l'ASPC s'est engagée au développement des systèmes de surveillance (comportementale et biologique) améliorée pour suivre l'évolution de l'infection à VIH et d'autres ITSS.

Au début des années 90, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ont recommandé que les pays adoptent et implantent des systèmes de surveillance de deuxième génération du VIH/sida pour suivre l'épidémie d'infection à VIH sur leur territoire. La surveillance de deuxième génération du VIH intègre de façon systématique des renseignements de plusieurs sources, notamment des données d'enquêtes biologiques et comportementales, afin de broser un tableau plus complet de l'épidémiologie du VIH et des tendances dans un territoire ou une région géographique donnée. Ainsi, les tendances mises en lumière par des indicateurs prédéfinis peuvent être suivies dans le temps au sein des populations les plus à risque de contracter une nouvelle infection par le VIH. La surveillance de deuxième génération du VIH/sida peut également jouer le rôle de

système d'alerte rapide signalant la propagation de l'infection à VIH et d'autres ITSS, parce qu'elle suit à la fois l'évolution des comportements dans le temps ainsi que les risques émergents. Elle fournit en outre des renseignements comportementaux détaillés, qui orientent et appuient les évaluations des politiques et des programmes de prévention<sup>3</sup>.

S'inspirant des méthodes de surveillance de deuxième génération du VIH/sida recommandées par l'OMS et le ONUSIDA<sup>3</sup>, l'ASPC a jusqu'à présent élaboré et implanté des systèmes de surveillance (biologique et comportementale) améliorée pour l'infection à VIH et d'autres ITSS qui mettent l'accent sur les personnes s'injectant des drogues (système appelé I-Track<sup>ii</sup>) et sur les homosexuels, bisexuels et autres HARSAH (système appelé M-Track<sup>iii</sup>). Le système de Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (appelé SAJRC) suit la prévalence des ITSS et des comportements à risque chez les jeunes de la rue. Ciblant les personnes issues de pays où le VIH est endémique<sup>iv</sup>, l'approche SAJRC a été appliquée avec succès dans le cadre d'un projet pilote au Québec et est en train d'être remaniée. Deux autres systèmes de suivi (Track) sont en train d'être élaborés : le A-Track (centré sur les Autochtones) et le P-Track (centré sur les personnes vivant avec le VIH).

Ces systèmes de surveillance comportent des enquêtes transversales périodiques effectuées dans certains sites au Canada. Les systèmes et outils sont mis au point en consultation avec des épidémiologistes, des chercheurs (à l'échelle nationale et internationale), des organisations communautaires (OC) et des représentants de chacune des populations clés. Les enquêtes sont effectuées dans chaque site par des équipes multidisciplinaires locales, composées d'épidémiologistes locaux/provinciaux, de chercheurs et de responsables locaux de programmes et d'OC en santé publique.

L'objectif ultime de ces systèmes de surveillance est de décrire l'évolution de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH et d'autres ITSS ainsi que des habitudes en matière de dépistage et des comportements à risque associés dans chaque population respective. Le système P-Track devrait surveiller les tendances dans l'accès aux soins et aux services de traitement.

### 2.3.1 M-TRACK : SURVEILLANCE (COMPORTEMENTALE ET BIOLOGIQUE) AMÉLIORÉE CHEZ LES HOMOSEXUELS, LES BISEXUELS ET D'AUTRES HARSAH AU CANADA

En 2005, l'ASPC a implanté M-Track, un système de surveillance améliorée de l'infection à VIH et d'autres ITSS chez les HARSAH au Canada.

La mise en œuvre de ce système a permis de consolider les initiatives de recherche antérieure et vient compléter de nombreux autres efforts actuels de lutte contre l'infection à VIH/sida et d'autres ITSS au Canada.

En date de 2010, un total de six sites avaient participé à M-Track au Canada. La phase 1 de M-Track a d'abord été implantée à Montréal en 2005. Entre 2006 et 2007, quatre autres sites se sont ajoutés : Toronto, Ottawa, Winnipeg et Victoria. Le site de Vancouver a été le dernier à mettre en œuvre le système, se joignant à la phase 2, qui a débuté en 2008 et a pris fin en 2010. Montréal a également participé à la phase 2 de M-Track.

On s'attend à ce que les renseignements recueillis et produits par M-Track soient utilisés par les organisations locales, provinciales, territoriales et nationales pour améliorer la planification de leurs programmes et activités de prévention.

ii <http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/index-fra.php>

iii <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/mtrack-fra.php>

iv Liste de pays où le VIH est endémique : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi-1205/index-fra.php>

## 3. MÉTHODES

### 3.1 APERÇU DES MÉTHODES

En plus de donner un aperçu général des méthodes utilisées dans M-Track, cette section fournit des détails sur les méthodes d'analyse des données employées dans le présent rapport. La section 3.2 passe en revue la conception du système de surveillance utilisé dans la phase 1 de M-Track et décrit notamment en détail les objectifs de M-Track (3.2.1), la sélection des sites sentinelles (3.2.2), les critères d'admissibilité (3.2.3), les prévisions relatives à la taille de l'échantillon (3.2.4) ainsi que l'échantillonnage et le recrutement (3.2.5). On y traite également des outils de collecte des données (3.2.6), des processus de gestion des données (3.2.7), du personnel d'enquête et des méthodes de formation (3.2.8) ainsi que des considérations éthiques (3.2.9). La section 3.3 expose les méthodes d'analyse des données qui ont servi à produire le présent rapport et évoque brièvement les analyses futures qui seront basées sur les données de M-Track.

### 3.2 CONCEPTION DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE

#### 3.2.1 OBJECTIFS DE LA PHASE 1 DE M-TRACK

##### OBJECTIFS PRIMAIRES

- Obtenir un ensemble de base de mesures comportementales comparables chez les HARSAH dans tous les sites de surveillance sentinelle, tout en répondant aux besoins en matière de données sur les enjeux locaux et régionaux et les questions d'intérêt local.
- Décrire l'évolution des habitudes et tendances en matière de comportement sexuel chez les HARSAH des sites de surveillance participants au Canada
- Déterminer la prévalence de l'infection à VIH, de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et de la syphilis à partir d'un échantillon biologique.
- Dégager les tendances en ce qui concerne les tests de dépistage de l'infection à VIH, d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS) et des hépatites virales.

##### OBJECTIFS SECONDAIRES

- Déterminer les facteurs de risque potentiels associés à un comportement sexuel à risque élevé, notamment les variables socio-démographiques, l'usage de drogues à des fins récréatives et le type de relations.
- Déterminer les facteurs de risque potentiels associés à une infection par le VIH et à des ITSS actuelles ou passées, notamment les comportements sexuels, les variables socio-démographiques, l'usage de drogues à des fins récréatives et le type de relations.
- Cerner les questions générales qui concernent la santé sexuelle et le comportement sexuel des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.
- Envisager la possibilité d'évaluer l'incidence au moyen de tests pour détecter une infection récente.

#### 3.2.2 SÉLECTION DES SITES SENTINELLES

Les sites sentinelles ont été choisis d'après les critères suivants : faisabilité, évaluation des besoins, intérêt local et capacité de mettre en œuvre l'enquête.

En tout, cinq sites ont participé à la phase 1 de M-Track entre 2005 et 2007 (Victoria, Winnipeg, Toronto, Ottawa, Montréal).



### 3.2.3 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Les hommes qui ont déjà eu des relations sexuelles avec un autre homme<sup>v</sup> et qui étaient âgés d'au moins quinze ans étaient admissibles (à noter que l'âge minimal de consentement pour participer dépend des exigences provinciales et variait entre quinze à Winnipeg et dix-huit à Victoria et à Montréal). Les participants n'avaient le droit de prendre part à l'enquête qu'une seule fois durant la période visée dans tous les sites de surveillance. Aucun critère explicite n'a été utilisé pour établir l'admissibilité à l'étape du recrutement. Ces critères ont plutôt été appliqués durant le nettoyage des données.

Dans deux sites sentinelles, Victoria et Montréal, la participation était limitée selon le lieu de résidence. À Victoria, seuls les résidents de la région sud de l'île de Vancouver ou de la partie sud des îles du Golfe pouvaient participer; à Montréal, les répondants devaient résider sur l'île de Montréal.

Dans tous les sites, les sujets ont été invités à participer aux deux volets de l'enquête, le questionnaire comportemental et le prélèvement d'un échantillon biologique de GSS (3.2.6); dans tous les sites sauf à Montréal, les répondants pouvaient participer s'ils acceptaient de prendre part à un volet. À Montréal, les répondants devaient être prêts à participer aux deux volets de l'enquête pour être admissibles.

### 3.2.4 PRÉVISIONS RELATIVES À LA TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

La taille de l'échantillon requis pour chaque site était basée sur la taille de la population source, les besoins sur le plan analytique et les ressources financières. Les objectifs de l'enquête effectuée pour chaque site ont été raffinés, et des résultats cibles ont été établis en collaboration avec les équipes d'étude des sites sentinelles locaux. Les prévisions relatives à la taille de l'échantillon variaient de 250 à Winnipeg à 2025 à Montréal. Toronto et Ottawa ont été combinés sous l'égide d'une seule équipe de recherche comportant des groupes différents. La cible minimale pour la taille des échantillons combinés était de 1000 (800 à Toronto et 200 à Ottawa) et la cible maximale de 1500 (1000 à Toronto et 500 à Ottawa). À Victoria, on a tenté de recruter 330 hommes.

### 3.2.5 ÉCHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT

Les stratégies d'échantillonnage et de recrutement étaient tributaires du temps, du budget et des contraintes relatives à l'accès à la population visée. Les sites sentinelles ont utilisé diverses méthodes d'échantillonnage et de recrutement, mais tous se sont servis d'une forme ou d'une autre d'échantillonnage selon le lieu.

On entendait par « lieux » des endroits qui servaient de cadres pour les interactions sociales ou les soins de santé aux HARSAH à l'intérieur de chaque site sentinelle. Le type et le nombre de lieux utilisés pour recruter des participants à M-Track variaient selon les sites sentinelles. Par exemple, à Victoria, l'échantillonnage de commodité selon le lieu a été combiné au recrutement lors d'événements spéciaux et au recrutement par l'intermédiaire des réseaux personnels de l'équipe de recherche. Ottawa et Toronto ont utilisé une approche en plusieurs étapes basée sur le lieu, qui comportait une sélection des lieux, une planification des visites des lieux et l'inscription des participants. Des groupes ethno-spécifiques ont été intentionnellement sélectionnés pour le recrutement afin d'obtenir un échantillon plus représentatif d'HARSAH (technique particulière à Toronto et à Ottawa). De même, on a utilisé à Montréal une méthode d'échantillonnage espace-temps pour améliorer la généralisabilité des résultats. Le nombre de lieux et d'événements spéciaux variait selon les sites. Winnipeg s'est servi d'un échantillonnage déterminé selon les répondants (EDR) en plus de l'échantillonnage basé sur le lieu<sup>12</sup>.

La période de recrutement variait également selon les sites sentinelles, allant d'environ douze semaines à Victoria et à Ottawa à environ vingt-huit semaines à Montréal. Trois sites sentinelles de M-Track (Ottawa, Toronto et Montréal) ont également conçu des sites Web pour fournir aux participants plus de détails sur leur système de surveillance et ses résultats<sup>vi</sup>.

Pour plus d'information sur les méthodes d'échantillonnage et de recrutement respectives des sites sentinelles de M-Track, prière de se reporter aux rapports relatifs à chaque site<sup>13-15</sup>.

v Homme biologique ou s'identifiant comme un homme qui a déjà eu des relations sexuelles avec un homme biologique ou une personne s'identifiant comme un homme.

vi Ottawa et Toronto : <http://www.actoronto.org/home.nsf/pages/lambda>  
Montréal : <http://www.argusquebec.ca/argus.html>

### 3.2.6 COLLECTE DE DONNÉES

Les données pour la phase 1 de M-Track ont été recueillies à l'aide de questionnaires sur papier auto-administrés. Les participants à Winnipeg avaient également le choix de répondre à un questionnaire administré ou assisté par un interviewer. Des assistants de recherche étaient présents pour obtenir le consentement et prélever les échantillons de goutte de sang séché (GSS).

#### 3.2.6.1 QUESTIONNAIRE

Le questionnaire de M-Track a été créé par un groupe de travail d'experts de différentes régions du Canada, composé notamment de personnes qui ont contribué à la conception et à la mise en œuvre des enquêtes *Sex Now*, l'*Ontario Men's Survey* et la *Cohorte Oméga* de Montréal.

Le questionnaire de base contenait des questions sur les caractéristiques socio-démographiques, les comportements sexuels, l'usage de drogues, les pratiques en matière de dépistage du VIH, du VHC et d'autres ITSS, de même que des questions sur les connaissances et les attitudes relatives à l'infection à VIH et à d'autres ITSS.

Un ensemble de questions de base, avec variations mineures, a été utilisé dans tous les sites afin de permettre les comparaisons d'un site à l'autre (prière de se reporter à l'annexe 1 pour un exemple des questions de base pour la phase 1 de M-Track). Les sites d'enquête ont également pu ajouter leurs propres questions pour tenir compte des besoins locaux.

À Winnipeg et à Victoria, seul un questionnaire en anglais était disponible, alors qu'à Toronto, à Ottawa et à Montréal, le questionnaire a été administré en anglais et en français.

#### 3.2.6.2 PRÉLÈVEMENT ET ANALYSE D'ÉCHANTILLONS BIOLOGIQUES

En plus de répondre à un questionnaire sur leur statut à l'égard du VIH, du VHC et d'autres ITSS, les participants ont été invités à fournir un échantillon de sang par ponction capillaire au bout du doigt, qui a servi à créer un échantillon de GSS pour le dépistage de l'infection à VIH, à VHC et de la syphilis. Des échantillons biologiques n'ont été prélevés qu'avec le consentement explicite des participants. Les échantillons n'ont pas été conservés pour des analyses futures, sauf lorsqu'un consentement explicite avait été donné au moment de l'enquête. Les participants pouvaient également choisir de ne pas passer certains tests (p. ex. dépistage du VIH).

L'échantillon biologique a été prélevé sur un papier à base de fibres de coton (fiche d'échantillon Whatman 903<sup>MD</sup> DBS) conçu pour le prélèvement de liquides organiques (figure 1). La zone au bout du doigt qui devait être ponctionnée a été nettoyée avec un tampon imbibé d'alcool, et une microlancette a ensuite été utilisée pour effectuer une ponction de sang dans la zone nettoyée (figure 2). La fiche d'échantillon a été remplie avec des gouttes de sang et le point de ponction a été recouvert d'un bandage (figure 3).

**FIGURE 1** . Papier à base de fibres de coton conçu pour le prélèvement de liquides organiques

Spec#:	_____
Collection Date:	_____
<hr/>	
Whatman 903# Lot#W-51	6248806

Spec#: = Échant. no :

Collection Date: = Date de prélèvement :

**FIGURE 2 .** Trousse pour le prélèvement de GSS**FIGURE 3 .** Prélèvements de GSS sur le rayon de séchage

Les échantillons biologiques ont été étiquetés au point de prélèvement en utilisant un code d'identification unique anonyme qui correspondait au code sur le questionnaire du participant. Les échantillons codés ont été transportés aux Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie (LNVR) à Ottawa pour un dépistage du VIH et du VHC et ont été transmis par la suite au Laboratoire national de microbiologie (LNM) à Winnipeg pour un dépistage de la syphilis. Chaque site sentinelle était responsable de l'envoi à l'ASPC de ses échantillons biologiques pour les tests de laboratoire.

Les échantillons de GSS ont été soumis à un dépistage du VIH par dosage immuno-enzymatique Bio-Rad GS rLAV HIV-1 EIA. Des tests de confirmation ont ensuite été effectués par Bio-Rad Genetic Systems<sup>MC</sup> HIV-1 Western Blot. Un résultat positif indiquait une infection actuelle par le VIH. Le dépistage du VIH (EIA) et le test de confirmation (transfert de Western) ont été approuvés par Santé Canada comme tests diagnostiques applicables aux échantillons de GSS.

Pour le dépistage du VHC, on a utilisé l'Ortho<sup>MD</sup> HCV version 3.0 EIA. Des tests de confirmation n'ont pas été effectués dans le cas des échantillons réactifs. Un résultat positif peut être faussement positif ou résulter de la présence d'anticorps contre le VHC, qui indique une infection passée ou présente par le VHC, mais ne permet pas de distinguer les infections aiguës des infections chroniques ou résolues.

Pour la dépistage de la syphilis, on a eu recours au test Serodia<sup>MD</sup> d'agglutination des particules de *Treponema pallidum* (TPPA). Comme pour le VHC, des tests de confirmation n'ont pas été réalisés dans le cas des échantillons positifs. Un résultat positif pouvait être soit faussement positif ou être dû à la présence d'anticorps contre la syphilis, qui indique une infection syphilitique passée ou présente mais ne permet pas de distinguer les infections aiguës des infections chroniques ou résolues.

Vu que le système de surveillance est anonyme, les répondants n'ont pas reçu les résultats de leurs tests. On les a néanmoins encouragés à subir des tests de dépistage du VIH et d'autres ITSS dans des cliniques locales ou par le biais de leur médecin. Les coordonnées de fournisseurs de soins de santé et de centres de dépistage locaux ont été colligées à chaque site, et les interviewers s'en sont servis pour orienter les répondants.

À Toronto et à Ottawa, un petit nombre de répondants ont fourni un échantillon de GSS sans remplir le questionnaire. Ces répondants ne sont pas inclus dans les analyses présentées dans le rapport.

### 3.2.7 GESTION DES DONNÉES

#### 3.2.7.1 PROCESSUS D'ENTRÉE ET DE NETTOYAGE DES DONNÉES

Le CLMTI assumait la responsabilité de gérer l'ensemble de données nationales combinées, y compris les résultats de laboratoire. Ces derniers ont été gérés par les LNVR, le LNM et le CLMTI, et ont été transmis aux sites sentinelles dès qu'ils étaient disponibles.

Des méthodes standardisées d'enregistrement de données ont été employées pour tous les ensembles de données des sites sentinelles afin de créer un ensemble de données nationales pour l'analyse. Des catégories de réponses standard précodées ont été sélectionnées pour toutes les variables, dans la mesure du possible. Bien que le questionnaire de M-Track contienne des questions de base nationale qui devaient être utilisées dans tous les sites participants, certaines ont été omises dans les questionnaires de certains sites, et dans d'autres cas, les catégories de réponses ont été modifiées. Pour que les données puissent être analysées à l'échelle nationale, des catégories de réponses ont été parfois combinées pour différents sites ou des variables ont été dérivées à partir de plusieurs questions pour améliorer la comparabilité.

La principale question sur l'origine ethnique présentait un défi particulier du point de vue de la gestion des données; nous décrivons donc en détail ici les processus de gestion des données qui ont été appliqués à cette question. Sauf à Montréal, les participants ont eu à répondre à une question ouverte sur le groupe ethnique ou culturel unique auquel ils s'identifiaient le plus. On a obtenu une grande diversité de réponses, ce qui a posé des problèmes d'interprétation. Afin de faciliter l'analyse, toutes les réponses textuelles ont été recodées suivant une liste prédéfinie d'origines ethniques basée sur les lignes directrices du recensement de 2001 de Statistique Canada<sup>vii</sup>. Lorsque le participant a fourni plus d'une réponse, la première a été utilisée. Les répondants qui indiquaient une origine autochtone étaient cependant toujours identifiés par le code « Autochtone ». Les répondants qui s'identifiaient comme étant « Canadiens français » ou « Canadiens anglais » ont reçu le code « Nord-Américain ». Lorsqu'une réponse ne correspondait à aucune des lignes directrices du recensement de 2001 (p. ex. « Citoyen du monde »), le répondant était recodé comme étant non classifiable pour la variable de l'origine ethnique.

### 3.2.8 PERSONNEL D'ENQUÊTE ET FORMATION

#### 3.2.8.1 PERSONNEL D'ENQUÊTE

Le coordonnateur national de M-Track, un épidémiologiste de l'ASPC, exerçait le rôle de principal point de contact fédéral, apportant une aide à chacun des sites sentinelles pour la mise en œuvre de l'enquête, la formation des équipes locales d'enquête, la gestion des besoins quotidiens du système de surveillance dans son ensemble et assurait la liaison avec les équipes locales d'enquête pour répondre à toute question spéciale. Le coordonnateur national de M-Track était assisté par un agent de surveillance et un deuxième épidémiologiste.

Les chercheurs principaux locaux étaient chargés d'assurer la direction générale et la gestion de l'étude à l'intérieur de leur site sentinelle respectif, notamment de mettre la dernière main au questionnaire, d'obtenir les approbations des comités locaux d'éthique pour la recherche (CER), d'engager du personnel pour les équipes d'étude locales, de superviser la mise en œuvre de l'enquête, d'assurer la liaison avec les intervenants communautaires et l'ASPC, de veiller à la sécurité et à la qualité des données, de diriger l'application des plans d'analyse et de rédiger des rapports sommaires à l'échelle du site sentinelle.

Un coordonnateur de site a été désigné dans chaque site pour superviser les opérations quotidiennes liées à l'enquête sur place, pour coordonner le travail des assistants de recherche et assurer la liaison avec les lieux qui participaient à l'enquête. Les coordonnateurs de site ont été sélectionnés en fonction de leur expérience de travail avec la communauté des HARSAH et de leur expérience de recherche similaire. Le coordonnateur de site était le principal point de contact pour le coordonnateur national de M-Track et l'équipe de M-Track de l'ASPC, faisant le point régulièrement sur l'état d'avancement de l'enquête au niveau du site et demandant de l'aide au besoin.

Les interviewers/assistants de recherche dans chaque site ont été sélectionnés par l'équipe d'étude du site d'après leur expérience antérieure de travail avec la communauté des HARSAH. Les assistants de recherche étaient chargés du recrutement, du dépistage et de l'obtention du consentement de tous les participants à l'enquête. Ils étaient également responsables du prélèvement d'échantillons de GSS et devaient répondre aux questions des participants et fournir les coordonnées des services connexes.

### 3.2.8.2 FORMATION

Toutes les équipes d'étude de l'enquête ont reçu une formation sur le protocole et la marche à suivre de M-Track avant la mise en œuvre de l'enquête. Voici quelques-uns des sujets abordés lors de la formation : éthique, recrutement, méthodes d'échantillonnage, administration des questionnaires, précautions universelles, techniques de prélèvement de GSS et contenu de la séance de compte rendu. Les questions relatives à la sécurité des employés ont également été abordées avec l'équipe d'étude du site sentinelle.

### 3.2.9 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le protocole d'étude, le questionnaire et la marche à suivre ont été approuvés par le CER de Santé Canada/ASPC (anciennement appelé le CER de Santé Canada) et par les CER locaux dans chaque site sentinelle. La participation à l'enquête était volontaire et anonyme, et les questionnaires ont été administrés et les GSS prélevées uniquement après l'obtention d'un consentement éclairé. Les participants ont reçu une modeste rétribution financière pour leur temps et leur effort. Tout au long de l'enquête, on a insisté sur la confidentialité des renseignements sur les participants. Le nom des participants n'a pas été enregistré sur le questionnaire ni sur l'échantillon de GSS.

## 3.3 STRATÉGIES D'ANALYSE DES DONNÉES

La compilation et l'analyse des données d'un système national de surveillance améliorée sont des tâches complexes non seulement à cause des difficultés liées à de vastes ensembles de données, mais également parce que d'innombrables variables et associations possibles peuvent être étudiées et analysées. Un certain nombre de facteurs influent sur la sélection des données et leur mode de présentation. L'objectif du présent rapport est de donner un aperçu simple et complet des données recueillies durant la phase 1 de M-Track. Les données présentées dans le rapport sont donc descriptives et ne visent qu'à brosser un tableau préliminaire des données dans une perspective nationale. À partir de cette base, on pourra effectuer des comparaisons avec les résultats des phases futures et formuler des questions devant faire l'objet d'analyses plus complexes.

Le tableau 1 décrit la période générale de collecte de données pour la phase 1 de M-Track et fournit des détails sur la taille de l'échantillon et le prélèvement d'échantillons de GSS selon le site. Entre 2005 et 2007, 4 838 hommes dans cinq sites sentinelles ont participé à la phase 1 de M-Track. Le nombre de participants variait de 121 à Winnipeg à 2 020 à Toronto.

**TABEAU 1 .** Période de collecte des données, taille de l'échantillon et prélèvement de GSS

	Nom de l'enquête locale	Année de mise en œuvre de l'enquête	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON		
			Nombre total de participants n	Questionnaires remplis n (%)	GSS fournies n (%)
Victoria	M-Track Victoria	2007	224	224 (100,0)	184 (82,1)
Winnipeg	M-Track Winnipeg	2006	121	121 (100,0)	96 (79,3)
Toronto	Lambda	2007	2020	1987 (98,4)	832 (41,2)
Ottawa	Lambda	2007	516	504 (97,7)	309 (59,9)
Montréal	Argus	2005	1957	1957 (100,0)	1944 (99,3)
<b>Total</b>	—	—	<b>4838</b>	<b>4793</b>	<b>3365</b>

En tout, 4 793 hommes ont rempli le questionnaire. À Victoria, Winnipeg et Montréal, tous les participants à M-Track ont rempli un questionnaire. À Toronto, 98,4 % ont répondu au questionnaire et à Ottawa, 97,7 %; ces taux de réponse variables résultaient de différences dans les critères d'admissibilité d'un site à l'autre. Les répondants à Toronto et à Ottawa avaient le choix de fournir uniquement un échantillon de GSS.

La proportion de participants qui ont fourni un échantillon de GSS variait également d'un site à l'autre, allant de 41,2 % à Toronto à 99,3 % à Montréal. Bien que les sujets dans tous les sites aient été invités à participer aux deux volets de l'enquête, le questionnaire comportemental et l'échantillon biologique de GSS (voir la section 3.2.6), les répondants dans tous les sites sauf à Montréal étaient admissibles s'ils acceptaient de prendre part à au moins un volet.

Seuls les hommes qui ont rempli le questionnaire sont inclus dans l'échantillon d'analyse pour tous les tableaux de résultats subséquents présentés dans le rapport (n = 4 793).

Les données dans le rapport sont présentées sous forme de tableaux par site sentinelle (lorsque les nombres sont suffisants pour permettre une analyse), afin qu'on puisse faire des comparaisons d'un site sentinelle à l'autre ainsi qu'avec l'échantillon national de M-Track dans son ensemble<sup>viii</sup>. Les sites sentinelles figurent en tête de colonne et sont ordonnés géographiquement d'est en ouest. Un total global dans une colonne appelé « Total n (%) » est inclus dans les tableaux qui s'y prêtent, et représente la taille de l'échantillon total et la proportion pour tous les sites. Cette méthode est dite d'autopondération parce que chaque site contribue à la moyenne totale en fonction de la taille de son échantillon. Cette méthode offre l'avantage de conférer plus de poids aux échantillons de plus grande taille, ce qui réduit au minimum l'erreur d'échantillonnage. Mais elle peut également créer un biais dans la proportion totale générale lorsque la variabilité entre les sites est importante ou lorsque la taille de l'échantillon dans un site n'est pas proportionnelle à la taille relative de la population réelle d'HARSAH dans ce site.

Les catégories de réponses sont présentées en ordre décroissant de fréquence sauf dans le cas des variables ordinales et de la catégorie « Autre », qui vient toujours en dernier.

Il importe de noter que les données présentées dans ce rapport ne sont pas basées sur un échantillon aléatoire. Les différences d'un site sentinelle à l'autre peuvent donc être dues à des variations dans les méthodes de recrutement, les méthodes d'échantillonnage ou les critères d'admissibilité (3.2) et ne pas nécessairement résulter de différences dans les caractéristiques socio-démographiques ou les comportements des HARSAH d'un site à l'autre. Aucune méthode statistique n'a été utilisée dans le présent rapport pour comparer les résultats d'un site sentinelle à l'autre.

Les données dans les tableaux ayant des cellules de petite taille<sup>x</sup> n'ont pas été éliminées, vu que la divulgation de ces données ne permet pas d'identifier des participants individuels. Ces procédures sont conformes à la politique de l'ASPC en matière de collecte, d'utilisation et de diffusion de données en santé publique<sup>16</sup>.

Il est possible d'établir si des données sont de mauvaise qualité ou de qualité médiocre par le degré de non-réponse; les données qui s'accompagnent d'un degré « élevé » de non-réponse (« données manquantes ») sont traitées comme étant de qualité médiocre ou mauvaise. C'est la source et l'utilisation des données qui déterminent cependant si le degré de non-réponse est « élevé ». Si les sujets qui ont répondu à la question diffèrent de ceux qui n'ont pas répondu, les données manquantes peuvent fausser les estimations et limiter la généralisabilité des résultats, et elles peuvent aussi réduire la puissance statistique. Dans le cas des questionnaires auto-administrés, les données manquantes sont fréquentes, en particulier lorsque les questions sont délicates comme dans l'enquête M-Track<sup>17,18</sup>.

On dispose de diverses techniques pour composer avec les données manquantes, notamment la suppression pure et simple des données. Dans le présent rapport, aucune technique statistique n'a été employée pour tenir compte des données manquantes, vu que les analyses sont limitées à des tableaux croisés. Les données manquantes sont plutôt présentées dans une rangée indépendante de chaque tableau (dans la mesure du possible). Les dénominateurs utilisés dans le calcul des proportions n'incluent pas les dossiers où il manque des valeurs (sauf indication contraire). Le lecteur devrait savoir que cette méthode présume que les valeurs manquantes sont aléatoires, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour s'assurer que les données présentées dans les tableaux sont bien interprétées, chaque tableau mentionne le sous-groupe spécifique de répondants auquel l'analyse s'applique—appelé le sous-groupe « Admissible » dans le rapport. La rangée « Total » dans chaque tableau décrit la taille totale de l'échantillon « admissible »

Le questionnaire de M-Track contient des questions de base nationales que tous les sites devraient utiliser. Dans des cas exceptionnels, cependant, certaines questions de base ont été omises dans les questionnaires ou de nouvelles questions ont été ajoutées tout au long de la phase 1. S'il y a lieu, ces exceptions sont indiquées dans les tableaux pertinents. Les tirets (—) dans une cellule de tableau indiquent que la catégorie de réponse ne s'applique pas.

En général, les résultats présentés dans le rapport reflètent les grandes lignes du questionnaire de base de M-Track (annexe 1).

## 4. RÉSULTATS

### 4.1 APERÇU DES RÉSULTATS

La section du rapport sur les résultats présente la distribution des réponses au questionnaire de M-Track selon le nombre dans chaque cellule et selon la fréquence ainsi que les résultats d'analyse des GSS pour chaque site sentinelle. La section 4.2 traite des données recueillies sur les caractéristiques socio-démographiques des participants, la section 4.3 porte sur la vie sexuelle et d'autres pratiques et la section 4.4 concerne l'usage de drogues à des fins récréatives. La section 4.5 présente des données sur la prévalence du VIH chez les participants, la connaissance de leur statut à l'égard du VIH, de même que les antécédents de dépistage du VIH et de traitement. La section 4.6 fournit des données sur la prévalence de l'infection à VHC et d'autres ITSS chez les participants, ainsi que les habitudes en matière de dépistage et les antécédents déclarés d'infection à VHC et d'autres ITSS. Enfin, la section 4.7 contient des données sur les connaissances et les suppositions concernant l'infection à VIH et d'autres ITSS. Pour plus de détails sur les méthodes d'analyse des données utilisées pour obtenir ces résultats, le lecteur est prié de se reporter à la section 3.3.

### 4.2 APERÇU DES PARTICIPANTS ET CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Comme la plupart des questionnaires, celui de M-Track contenait un certain nombre de questions sur les caractéristiques socio-démographiques des participants. La présente section fournit des données sur le lieu de recrutement, de même que l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, la langue, l'origine ethnique et l'orientation sexuelle des répondants. Ces résultats donnent un aperçu des caractéristiques des participants à la phase 1 de M-Track. Ils orientent ainsi, dans une certaine mesure, l'interprétation des résultats sur les habitudes en matière de dépistage de l'infection à VIH et d'autres ITSS, et celle des résultats des analyses biologiques et des comportements à risque signalés par les répondants.

**TABLEAU 2 .** Lieux de recrutement

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Bar	43 (19,2)	50 (41,3)	854 (44,4)	180 (37,1)	1034 (52,8)	2161 (45,9)
Événement	92 (41,1)	—	442 (23,0)	105 (21,6)	49 (2,5)	688 (14,6)
Association	15 (6,7)	—	175 (9,1)	75 (15,5)	28 (1,4)	293 (6,2)
Bains publics	2 (<1,0)	—	198 (10,3)	17 (3,5)	195 (10,0)	412 (8,7)
Autre	72 (32,1)	71 (58,7)	254 (13,2)	108 (22,3)	651 (33,3)	1156 (24,5)
(n)	224	121	1923	485	1957	4710
Manquante	0 (0,0)	0 (0,0)	64 (3,2)	19 (3,8)	0 (0,0)	83 (1,7)
Total	224	121	1987	504	1957	4793

Le tableau 2 présente le nombre et la proportion d'hommes dans l'enquête M-Track qui ont été recrutés dans différents lieux selon le site sentinelle participant. On définissait ces « lieux » comme des endroits où les HARSAH socialisaient ou recevaient des soins de santé dans leur site sentinelle respectif. Le type et le nombre de lieux utilisés en vue de recruter des hommes pour l'enquête M-Track variaient selon le site sentinelle. Près de la moitié de tous les participants à la phase 1 de M-Track ont été recrutés dans des bars. Cette proportion allait de 19,2 % à Victoria à 52,8 % à Montréal.

Sauf à Winnipeg, les participants ont également été recrutés lors d'événements, au sein d'associations et dans des bains publics. À Winnipeg, le nombre de lieux de socialisation fréquentés par les hommes gais est peu élevé (p. ex. il n'y a que deux ou trois grosses boîtes de nuit pour gais); de nombreuses entrevues se sont donc déroulées dans des centres communautaires et des centres de proximité.

Dans les deux sites sentinelles les plus importants, Montréal et Toronto, environ 10 % des hommes ont été recrutés dans des bains publics.

Les lieux de recrutement codés « Autre » incluaient des restaurants, des groupes sociaux, des sites dans la rue, des groupes de soutien, des églises et des centres fixes établis expressément pour l'enquête M-Track.

**TABLEAU 3 . Âge des répondants**

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
15-19	8 (3,8)	5 (4,3)	18 (1,0)	12 (2,6)	31 (1,6)	74 (1,7)
20-24	36 (17,1)	23 (19,8)	149 (8,6)	57 (12,6)	250 (13,0)	515 (11,6)
25-29	27 (12,8)	29 (25,0)	203 (11,8)	51 (11,3)	257 (13,3)	567 (12,8)
30-34	18 (8,5)	18 (15,5)	233 (13,5)	47 (10,4)	236 (12,3)	552 (12,5)
35-39	15 (7,1)	9 (7,8)	246 (14,3)	53 (11,7)	255 (13,3)	578 (13,1)
40-44	24 (11,4)	17 (14,7)	309 (17,9)	76 (16,8)	287 (15,0)	713 (16,1)
45-49	28 (13,3)	6 (5,2)	249 (14,4)	66 (14,6)	197 (10,3)	546 (12,3)
50-54	18 (8,5)	5 (4,3)	123 (7,1)	33 (7,3)	172 (9,0)	351 (8,0)
55-59	11 (5,2)	2 (1,7)	83 (4,8)	18 (4,0)	117 (6,1)	231 (5,2)
60-64	10 (4,7)	2 (1,7)	58 (3,4)	24 (5,3)	77 (4,0)	171 (3,8)
65 +	16 (7,6)	0 (0,0)	55 (3,2)	16 (3,5)	40 (2,1)	127 (2,9)
(n)	211	116	1726	453	1919	4425
Manquante	13 (5,8)	5 (4,1)	261 (13,1)	51 (10,1)	38 (1,9)	368 (7,7)
Total	224	121	1987	504	1957	4793

Le tableau 3 illustre la distribution selon l'âge des répondants dans chaque site sentinelle. On a demandé aux participants d'indiquer leur année de naissance et ils ont été regroupés en catégories selon leur réponse.

Sauf à Winnipeg, une majorité des répondants dans les différents sites étaient âgés entre 30 et 49 ans (54,0 %). Une proportion importante de participants se classaient néanmoins dans le groupe des 15 à 29 ans (26,1 %) et des plus de 50 ans (19,9 %). À Winnipeg, la plus forte proportion de répondants étaient âgés de moins de vingt-neuf ans (49 %) et une proportion beaucoup plus faible étaient âgés de plus de 50 ans (7,7 %). Toutes proportions gardées, les participants à Victoria et à Winnipeg étaient plus jeunes.

L'âge moyen et médian de tous les participants à M-Track était de 39 ans (intervalle de 16 à 86 ans, données non illustrées dans le tableau).

**TABLEAU 4 . Revenu personnel annuel avant impôts, toutes sources confondues**

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Aucun revenu déclaré	6 (2,8)	6 (7,1)	50 (2,7)	8 (1,7)	65 (3,4)	135 (3,0)
1 \$ - 9 999 \$	17 (8,1)	29 (34,1)	120 (6,5)	39 (8,2)	219 (11,5)	424 (9,4)
10 000 \$ - 19 999 \$	53 (25,1)	15 (17,6)	201 (10,9)	54 (11,4)	353 (18,5)	676 (14,9)
20 000 \$ - 29 999 \$	30 (14,2)	19 (22,4)	200 (10,8)	51 (10,8)	323 (16,9)	623 (13,8)
30 000 \$ - 39 999 \$	36 (17,1)	6 (7,1)	259 (14,0)	52 (11,0)	364 (19,0)	717 (15,8)
40 000 \$ - 49 999 \$	21 (10,0)	4 (4,7)	244 (13,2)	48 (10,1)	237 (12,4)	554 (12,2)
50 000 \$ - 59 999 \$	12 (5,7)	2 (2,4)	187 (10,1)	55 (11,6)	149 (7,8)	405 (9,0)
60 000 \$+	36 (17,1)	4 (4,7)	584 (31,7)	166 (35,1)	201 (10,5)	991 (21,9)
(n)	211	85	1845	473	1911	4525
Manquante	13 (5,8)	3 (2,5)	142 (7,1)	31 (6,2)	46 (2,4)	235 (4,9)
Ne sais pas	—	30 (24,8)	—	—	—	30 (<1,0)
Refus	—	3 (2,5)	—	—	—	3 (<1,0)
Total	224	121	1987	504	1957	4793



**TABLEAU 5 . Niveau de scolarité le plus élevé atteint**

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Études élémentaires/primaires	19 (8,8)	62 (52,5)	114 (6,1)	27 (5,6)	57 (3,0)	279 (6,9)
Études secondaires	100 (46,5)	42 (35,6)	600 (32,0)	142 (29,4)	550 (28,7)	1434 (31,1)
Études collégiales/universitaires	73 (34,0)	12 (10,2)	882 (47,0)	235 (48,7)	1091 (56,9)	2293 (49,8)
Études supérieures	23 (10,7)	2 (1,7)	280 (14,9)	79 (16,4)	214 (11,2)	598 (13,0)
Autre	—	—	—	—	5 (<1,0)	5 (<1,0)
(n)	215	118	1876	483	1917	4609
Manquante	9 (4,0)	3 (2,5)	111 (5,6)	21 (4,2)	40 (2,0)	184 (3,8)
Total	224	121	1987	504	1957	4793

On a demandé aux répondants d'indiquer leur revenu total personnel avant impôt au cours de l'année précédant l'enquête. Comme le montre le tableau 4, un peu plus de 30 % des participants à M-Track ont gagné plus de 50 000 \$ par année. À Winnipeg, cependant, moins de 10 % des répondants ont gagné plus de 50 000 \$ au cours de l'année précédant l'enquête. Dans l'ensemble, 12,4 % des hommes déclaraient un revenu annuel inférieur à 10 000 \$ ou ne déclaraient aucun revenu.

Les répondants ont également dû répondre à une question sur le plus haut niveau de scolarité atteint au moment de l'enquête. Le tableau 5 montre que 6,9 % des participants avaient terminé leurs études élémentaires/primaires, 31,1 % leurs études secondaires, 49,8 % leurs études collégiales/universitaires et 13,0 % avaient obtenu un diplôme d'études supérieures.

Plus de 60 % de l'échantillon de M-Track avait au moins un diplôme collégial ou universitaire (62,8 %).

Le pourcentage de répondants qui détenaient un diplôme collégial ou universitaire variait entre 10,2 % à Winnipeg et 56,9 % à Montréal. Plus de 10 % des participants à Victoria, Toronto, Ottawa et Montréal possédaient un diplôme d'études supérieures.

**TABLEAU 6 . Première langue apprise et encore comprise aujourd'hui**

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Anglais	188 (87,9)	105 (88,2)	1357 (76,4)	298 (65,2)	237 (12,4)	2185 (48,7)
Français	14 (6,5)	2 (1,7)	157 (8,8)	123 (26,9)	1552 (80,9)	1848 (41,2)
Autre	12 (5,6)	12 (10,1)	263 (14,8)	36 (7,9)	129 (6,7)	452 (10,1)
(n)	214	119	1777	457	1918	4485
Manquante	10 (4,5)	1 (<1,0)	210 (10,6)	47 (9,3)	39 (2,0)	307 (6,4)
Refus	—	1 (<1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
Total	224	121	1987	504	1957	4793

On a demandé aux répondants quelle était la première langue qu'ils avaient apprise et qu'ils comprenaient toujours aujourd'hui. Le tableau 6 montre que la première langue d'environ la moitié de l'échantillon total était l'anglais. Le français était la première langue d'une proportion importante de l'ensemble des sujets. Ces chiffres rendent compte du grand nombre de francophones d'origine dans le site de Montréal (80,9 %) de même que du grand nombre de répondants en provenance d'Ottawa qui indiquaient le français comme première langue (26,9 %). À Toronto, près de 15 % des répondants ont indiqué une première langue autre que l'anglais ou le français.

**TABLEAU 7 .** Groupe ethnique ou culturel unique auquel le répondant s'identifie le plus

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Nord-américain	135 (75,0)	36 (39,6)	898 (58,8)	301 (78,6)	1555 (83,8)	2925 (72,4)
Asiatique de l'Est et du Sud Est	3 (1,7)	0 (0,0)	129 (8,4)	11 (2,8)	26 (1,4)	169 (4,2)
Sud européen	3 (1,7)	1 (1,1)	71 (4,6)	10 (2,6)	54 (2,9)	139 (3,4)
Latino américain	3 (1,7)	0 (0,0)	62 (4,0)	4 (1,0)	67 (3,6)	136 (3,4)
Des Îles britanniques	12 (6,7)	5 (5,5)	88 (5,7)	24 (6,3)	6 (<1,0)	135 (3,3)
Autochtone	13 (7,2)	45 (49,4)	27 (1,8)	7 (1,8)	19 (1,0)	111 (2,8)
Africain/des Caraïbes	1 (<1,0)	0 (0,0)	77 (5,0)	4 (1,0)	23 (1,2)	105 (2,6)
Autre	10 (5,6)	4 (4,4)	179 (11,7)	22 (5,7)	106 (5,7)	321 (7,9)
(n)	180	91	1531	383	1856	4041
Non classifiable	29 (12,9)	11 (9,1)	273 (13,7)	85 (16,9)	0 (0,0)	398 (8,3)
Manquante	15 (6,7)	19 (15,7)	183 (9,2)	36 (7,1)	101 (5,2)	354 (7,4)
Total	224	121	1987	504	1957	4793

Le tableau 7 indique que la majorité des participants à M-Track s'identifient le plus comme étant d'origine nord-américaine (72,4 %), la proportion allant de 83,8 % à Montréal à 39,6 % à Winnipeg. Dans l'ensemble, 2,8 % des participants s'identifient le plus au groupe autochtone; mais 6 % de l'ensemble des sujets ont mentionné une ascendance autochtone (données non illustrées). À Winnipeg, près de la moitié des participants s'identifient le plus au groupe autochtone (49,4 %).

Parmi les autres groupes ethniques couramment signalés figuraient asiatique de l'Est et du Sud-Est (4,2 %), sud-européen (3,4 %), latino-américain (3,4 %), des Îles britanniques (3,3 %) africain/des Caraïbes (2,6 %), les pourcentages variant quelque peu d'un site sentinelle à l'autre. À Toronto et à Ottawa, des efforts spéciaux ont été déployés pour contacter et informer divers groupes communautaires, qui reflétaient la diversité de la communauté des HARSAH dans ces villes. Du matériel de promotion a également été adapté à certains groupes ethniques ou culturels, notamment les Noirs/Africains, les Asiatiques de l'Est et du Sud-Est, les Asiatiques du Sud, les Portugais, les Brésiliens, les Latinos et les Autochtones (Premières nations, Métis et Inuits). Ces efforts transparaissent dans la distribution de l'origine ethnique des participants dans ces deux sites.

La collecte de données sur l'origine ethnique présente de nombreux défis, comme le montrent les chiffres présentés dans le tableau 7; 8,3 % de tous les participants à M-Track ont fourni des réponses à la question sur l'origine ethnique qui n'étaient pas classifiables selon les lignes directrices du recensement canadien (voir la section 3.2.7.1 pour plus de détails sur le traitement des données). De même, la catégorie d'origine ethnique « Autre » a été cochée par environ 8 % des sujets et comprend les participants qui s'identifiaient le plus à un groupe d'une « Autre origine européenne », de l'Asie occidentale, de l'Asie du Sud, d'origine arabe ou de l'Océanie.

**TABLEAU 8 .** Identité sexuelle des répondants

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Homosexuels	171 (78,4)	53 (45,3)	1645 (85,2)	420 (86,4)	1540 (80,0)	3829 (81,8)
Bisexuels	26 (11,9)	32 (27,4)	200 (10,3)	41 (8,4)	350 (18,2)	649 (13,9)
Hétérosexuels	1 (<1,0)	11 (9,4)	35 (1,8)	8 (1,6)	28 (1,4)	83 (1,8)
Bispirituels	4 (1,8)	16 (13,7)	27 (1,4)	6 (1,2)	8 (<1,0)	61 (1,3)
Autre	16 (7,3)	5 (4,3)	26 (1,3)	11 (2,3)	—	58 (1,2)
(n)	218	117	1933	486	1926	4680
Manquante	6 (2,7)	1 (<1,0)	54 (2,7)	18 (3,6)	31 (1,6)	110 (2,3)
Refus	—	3 (2,5)	—	—	—	3 (<1,0)
Total	224	121	1987	504	1957	4793

Les participants à M-Track ont répondu à une question sur leur orientation sexuelle. Le tableau 8 montre qu'une proportion importante des répondants ont indiqué qu'ils étaient homosexuels (81,8 %), la proportion variant entre 45,3 % à Winnipeg et 86,4 % à Ottawa. En outre, 13,9 % des répondants se disaient bisexuels. D'autres se définissaient comme hétérosexuels (1,8 %), bispirituels (1,3 %) ou d'une orientation « Autre » (1,2 %). Il est à noter que près de 30 % des participants à Winnipeg se définissaient comme bisexuels, 9,4 % comme hétérosexuels et 13,7 % se disaient bispirituels, ce qui illustre l'hétérogénéité socio-démographique de l'échantillon d'un site sentinelle à l'autre.

### 4.3 VIE SEXUELLE ET AUTRES PRATIQUES

Les participants à M-Track ont répondu à des questions précises sur leurs comportements sexuels et d'autres pratiques (p. ex. usage de drogues) associés à un risque accru d'acquisition et de transmission de l'infection à VIH, à VHC et d'autres ITSS. Les questions portaient en général sur des comportements survenus dans les six mois précédents avec tous les types de partenaires sexuels, et il y avait des questions indépendantes sur les partenaires réguliers, occasionnels et commerciaux, de même que des questions sur la séropositivité ou non de leurs partenaires sexuels. On n'a toutefois pas interrogé les participants sur leur état civil (p. ex. marié, conjoint de fait, célibataire, etc.) ou sur les comportements sexuels avec des partenaires exclusifs. Bien qu'on dispose de certains renseignements sur le contexte des relations sexuelles avec un partenaire, les détails sont limités. Par exemple, bon nombre de ceux qui indiquent ne pas toujours utiliser un condom pourraient entretenir une relation monogame.

La section 4.3.1 fournit des renseignements généraux sur les partenaires sexuels, notamment le nombre de partenaires, les lieux pour trouver de nouveaux partenaires sexuels, l'usage de condom durant la dernière relation sexuelle (DRS) et les relations anales non protégées (RANP) au cours des six mois précédents. La section 4.3.2 présente des données sur le nombre de partenaires sexuels réguliers indiqué par les répondants, de même sur l'usage du condom avec des partenaires réguliers séropositifs, séronégatifs ou dont le statut à l'égard du VIH est inconnu. La section 4.3.3 contient des données similaires pour les partenaires occasionnels. Les données sur les relations sexuelles avec des partenaires féminins sont présentées à la section 4.3.4 et celles sur les relations sexuelles commerciales à la section 4.3.5.

#### 4.3.1 VIE SEXUELLE GÉNÉRALE

**TABEAU 9 .** Lieux publics utilisés pour trouver des partenaires sexuels au cours des six mois précédents

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Bars<sup>a</sup></b>	84 (38,0)	74 (64,9)	980 (51,1)	240 (48,8)	1233 (64,8)	2611 (56,2)
<b>(n)</b>	221	114	1917	492	1902	4646
<b>Manquante</b>	3 (1,3)	7 (5,8)	70 (3,6)	12 (2,4)	55 (2,8)	147 (3,1)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Saunas/bains publics</b>	51 (23,1)	24 (24,4)	802 (41,8)	135 (27,4)	847 (45,5)	1859 (40,5)
<b>(n)</b>	221	98	1917	492	1863	4591
<b>Manquante</b>	3 (1,3)	23 (19,0)	70 (3,5)	12 (2,4)	94 (4,8)	202 (4,2)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Internet (salons de clavardage/annonces personnelles)</b>	97 (43,9)	29 (29,9)	819 (42,7)	204 (41,5)	636 (35,4)	1785 (39,4)
<b>(n)</b>	221	97	1917	492	1799	4526
<b>Manquante</b>	3 (1,3)	24 (19,8)	70 (3,5)	12 (2,4)	158 (8,1)	267 (5,6)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Lieux de socialisation<sup>b</sup></b>	77 (34,8)	24 (24,0)	544 (28,4)	132 (26,8)	351 (17,9)	1128 (24,1)
<b>(n)</b>	221	100	1917	492	1957	4687
<b>Manquante</b>	3 (1,3)	21 (17,4)	70 (3,5)	12 (2,4)	0 (0,0)	106 (2,2)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Lieux publics<sup>c</sup></b>	49 (21,9)	24 (24,7)	404 (20,3)	96 (19,0)	429 (24,7)	1002 (22,0)
<b>(n)</b>	224	97	1987	504	1736	4548
<b>Manquante</b>	0 (0,0)	24 (19,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	221 (11,3)	245 (5,1)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793

**TABLEAU 9 . Lieux publics utilisés pour trouver des partenaires sexuels au cours des six mois précédents (SUITE)**

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Cafés</b>	23 (10,4)	12 (12,6)	200 (10,4)	50 (10,2)	363 (21,1)	648 (14,6)
<b>(n)</b>	221	95	1917	492	1724	4449
<b>Manquante</b>	3 (1,3)	26 (21,5)	70 (3,5)	12 (2,4)	233 (11,9)	344 (7,2)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Service de dialogue par téléphone/annonces personnelles<sup>d</sup></b>	39 (17,6)	26 (26,5)	292 (15,2)	57 (11,6)	146 (8,6)	560 (12,6)
<b>(n)</b>	221	98	1917	492	1703	4431
<b>Manquante</b>	3 (1,3)	23 (19,0)	70 (3,5)	12 (2,4)	254 (13,0)	362 (7,6)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Soirées rave ou « circuit »</b>	12 (5,4)	22 (22,4)	168 (8,8)	30 (6,1)	206 (12,1)	438 (9,9)
<b>(n)</b>	221	98	1917	492	1699	4427
<b>Manquante</b>	3 (1,3)	23 (19,0)	70 (3,5)	12 (2,4)	258 (13,2)	366 (7,6)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Partouses</b>	18 (8,1)	16 (16,5)	201 (10,5)	32 (6,5)	125 (7,4)	392 (8,9)
<b>(n)</b>	221	97	1917	492	1686	4413
<b>Manquante</b>	3 (1,3)	24 (19,8)	70 (3,5)	12 (2,4)	271 (13,8)	380 (7,9)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793

<sup>a</sup> Incluent les bars gays et hétérosexuels et les clubs/ou partys clandestins

<sup>b</sup> Incluent les organisations communautaires, les groupes de loisir, les événements communautaires destinés aux gays et lesbiennes et les gymnases ou centres d'entraînement (à noter qu'à Montréal, on n'a pas posé de questions sur les centres d'entraînement).

<sup>c</sup> Incluent les pistes cyclables, les parcs et les toilettes publiques

<sup>d</sup> Nota : À Montréal, on n'a pas posé de questions sur les annonces personnelles

Les répondants ont été invités à identifier les lieux où ils avaient cherché des partenaires sexuels au cours des six mois précédents et à indiquer à quelle fréquence. Le tableau 9 décrit le nombre et la proportion des répondants qui ont cherché des partenaires sexuels dans les lieux publics.

Les participants à M-Track ont déclaré fréquemment avoir cherché des partenaires sexuels dans divers cadres sociaux et lieux publics au cours des six mois précédant l'enquête. Par exemple, une majorité ont dit chercher des partenaires dans des bars (56,2 %), la proportion variant entre 38,0 % à Victoria et 64,9 % à Winnipeg.

De nombreux répondants cherchaient des partenaires sexuels dans des saunas ou des bains publics (40,5 %), la proportion variant entre 23,1 % à Victoria et 45,5 % à Montréal. L'Internet était également un moyen fréquemment utilisé (39,4 %), la proportion allant de 29,9 % à Winnipeg à 43,9 % à Victoria. Certains hommes qui avaient recours aux saunas et à l'Internet disaient le faire plus souvent qu'une fois par mois (saunas 36 %; Internet 57 %) [données non illustrées].

Près du quart des hommes cherchaient en outre des partenaires sexuels dans d'autres cadres sociaux, comme les organisations ou événements communautaires, les associations de gays, les centres d'entraînement et d'autres groupes de loisir (24,1 %) ainsi que dans les lieux publics, comme les parcs, les pistes cyclables et les toilettes publiques (22 %).

Les cafés (14,6 %), les services de dialogue par téléphone ou les annonces personnelles (12,6 %), les soirées rave ou « circuit » (9,9 %) et les partouses (8,9 %) étaient des moyens moins fréquemment cités.

Certains des lieux inclus dans le tableau 9 ont également été utilisés pour le recrutement des participants. Ainsi, les différences selon le site dans le nombre et la proportion de ceux qui cherchaient des partenaires sexuels dans des lieux publics peuvent en partie refléter les différences dans les stratégies de recrutement d'un site sentinelle à l'autre. Les résultats présentés au tableau 9 peuvent également rendre compte des différences dans l'accès à ces lieux, vu que certains sites participants comptaient un plus grand nombre de bars et de saunas que d'autres sites.

**TABLEAU 10 .** Nombre de partenaires sexuels masculins (relations orales ou anales) au cours des six mois précédents

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Aucun	29 (13,3)	13 (11,6)	247 (13,0)	50 (10,2)	136 (7,0)	475 (10,2)
Un	77 (35,3)	22 (19,6)	458 (24,1)	152 (31,1)	468 (24,1)	1177 (25,3)
De 2 à 5	60 (27,5)	39 (34,8)	596 (31,4)	164 (33,5)	631 (32,6)	1490 (32,0)
De 6 à 9	28 (12,8)	18 (16,1)	204 (10,8)	40 (8,2)	237 (12,2)	527 (11,3)
De 10 à 19	16 (7,4)	9 (8,0)	186 (9,8)	35 (7,2)	189 (9,8)	435 (9,3)
20 ou plus	8 (3,7)	11 (9,8)	206 (10,9)	48 (9,8)	238 (12,3)	511 (11,0)
N'a pas précisé le nombre de partenaires	—	—	—	—	39 (2,0)	39 (<1,0)
(n)	218	112	1897	489	1938	4654
Manquante	6 (2,7)	8 (6,6)	90 (4,5)	15 (3,0)	19 (1,0)	138 (2,9)
Ne sais pas	—	1 (<1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
Total	224	121	1987	504	1957	4793

Le tableau 10 présente le nombre de partenaires sexuels masculins (relations orales ou anales) au cours des six mois précédant l'enquête. Bien qu'environ le quart des participants à M-Track aient indiqué seulement un partenaire sexuel au cours des six mois précédents, la majorité ont dit avoir eu plusieurs partenaires sexuels masculins (relations orales ou anales) au cours de la période (64,5 %)<sup>x</sup>, la proportion allant de 51,4 % à Victoria à 68,7 % à Winnipeg. En outre, 10 % ont déclaré ne pas avoir eu de partenaire sexuel masculin au cours de la période. À Montréal, 2,0 % des répondants ont eu des relations sexuelles avec un homme au cours des six mois précédents, mais n'ont pas indiqué le nombre précis de partenaires.

**TABLEAU 11 .** Nombre de partenaires sexuels masculins avec lesquels les répondants ont eu des relations anales au cours des six mois précédents

(ADMISSIBLES : Les répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Aucun <sup>a</sup>	41 (22,3)	30 (36,1)	388 (26,3)	117 (28,1)	943 (56,2)	1519 (39,6)
Un	70 (38,0)	15 (18,1)	406 (27,5)	137 (32,9)	195 (11,6)	823 (21,5)
De 2 à 5	55 (29,9)	24 (28,9)	433 (29,4)	117 (28,1)	255 (15,2)	884 (23,0)
De 6 à 9	14 (7,6)	8 (9,6)	49 (3,3)	19 (4,6)	86 (5,1)	176 (4,6)
10 ou plus	4 (2,2)	6 (7,2)	198 (13,4)	27 (6,5)	199 (11,9)	434 (11,3)
(n)	184	83	1474	417	1678	3836
Manquante	5 (2,6)	14 (14,0)	176 (10,7)	22 (5,0)	124 (6,9)	341 (8,2)
Ne sais pas	—	1 (1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
Refus	—	2 (2,0)	—	—	—	2 (<1,0)
Total	189	100	1650	439	1802	4180

<sup>a</sup> Inclut les répondants qui ont eu des relations sexuelles orales avec un partenaire masculin au cours des 6 mois précédents  
Nota : Certains répondants qui ont déjà signalé avoir eu des relations anales avec un ou des partenaires masculins au cours des six derniers mois (données non illustrées) ont par la suite répondu par « Aucun » à cette question

x Exclut les répondants de Montréal qui ont indiqué avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des 6 mois précédents mais n'ont pas précisé le nombre de partenaires.

On a demandé aux répondants qui avaient indiqué avoir eu des relations sexuelles (orales ou anales) avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents (tableau 10) de préciser s'ils avaient eu des relations anales avec un partenaire sexuel masculin au cours de cette période et, le cas échéant, avec combien d'hommes. Le tableau 11 décrit le nombre de partenaires avec lesquels les participants ont eu des relations anales au cours des six mois précédant l'enquête.

La majorité des participants à M-Track qui ont eu des relations sexuelles (orales ou anales) avec un homme au cours des six mois précédents ont également dit avoir eu des relations anales avec au moins un homme au cours de cette période (60,4 %), la proportion allant de 43,8 % à Montréal à 77,7 % à Victoria. Près de 40 % des hommes ont déclaré ne pas avoir eu de relations sexuelles anales au cours des six mois précédents. De même, près de 40 % des hommes ont eu des relations anales avec plusieurs partenaires sexuels au cours de la même période.

Plus de 10 % des hommes à Toronto (13,4 %) et à Montréal (11,9 %) ont indiqué avoir eu des relations sexuelles anales avec dix partenaires ou plus au cours des six mois précédents.

**TABLEAU 12.** Utilisation du condom par l'un ou l'autre des partenaires lors de la relation anale la plus récente dans les six derniers mois

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles anales avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Oui	70 (48,6)	38 (73,1)	748 (64,1)	169 (56,7)	779 (66,9)	1804 (63,9)
Non	74 (51,4)	14 (26,9)	419 (35,9)	129 (43,3)	385 (33,1)	1021 (36,1)
(n)	144	52	1167	298	1164	2825
Manquante	3 (2,0)	7 (11,1)	35 (2,9)	8 (2,6)	45 (3,7)	98 (3,3)
Ne sais pas	—	3 (4,8)	—	—	—	3 (<1,0)
Refus	—	1 (1,6)	—	—	—	1 (<1,0)
Total	147	63	1202	306	1209	2927

**TABLEAU 13.** Relations anales non protégées (RANP) au cours des six mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations anales avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Oui	109 (74,7)	35 (60,3)	643 (55,0)	180 (59,8)	585 (48,9)	1552 (54,1)
Non	37 (25,3)	23 (39,7)	526 (45,0)	121 (40,2)	611 (51,1)	1318 (45,9)
(n)	146	58	1169	301	1196	2870
Manquante	1 (<1,0)	3 (4,8)	33 (2,7)	5 (1,6)	13 (1,1)	55 (1,9)
Ne sais pas	—	1 (1,6)	—	—	—	1 (<1,0)
Refus	—	1 (1,6)	—	—	—	1 (<1,0)
Total	147	63	1202	306	1209	2927

On a demandé aux hommes qui disaient avoir eu des relations anales avec un partenaire sexuel masculin au cours des six mois précédents si leur partenaire ou eux-mêmes avaient utilisé un condom lors de leur dernière relation anale. Le tableau 12 comptabilise les réponses sur l'utilisation du condom par l'un ou l'autre partenaire lors de la dernière relation anale au cours des six mois précédents. Un peu plus de 60 % des hommes ont dit avoir eu recours au condom lors de la dernière relation anale, la proportion variant entre 48,6 % à Victoria et 73,1 % à Winnipeg.

On a demandé à ces mêmes hommes s'ils avaient eu des RANP au cours des six mois précédents (tableau 13). Environ 55 % des hommes ont indiqué avoir eu au moins une RANP avec un autre homme au cours de la période, la proportion allant de 48,9 % à Montréal à 74,7 % à Victoria.

#### 4.3.2 PARTENAIRES SEXUELS RÉGULIERS

Les répondants qui ont eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents ont également dû répondre à des questions plus détaillées sur leurs activités sexuelles avec des partenaires réguliers durant cette période. Un partenaire régulier était défini comme un homme avec lequel le répondant avait eu des relations sexuelles au moins deux fois. Un partenaire régulier peut être un partenaire de vie, un copain, un amant, etc., mais pas un homme avec lequel le répondant a échangé de l'argent, des drogues ou d'autres biens et services contre des relations sexuelles.

**TABEAU 14** . Nombre de partenaires sexuels réguliers au cours des six mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Aucun	39 (21,1)	31 (32,0)	306 (19,8)	72 (17,3)	360 (20,4)	808 (20,2)
Un	99 (53,5)	34 (35,1)	690 (44,7)	216 (51,9)	744 (42,2)	1783 (44,5)
Plusieurs	47 (25,4)	32 (33,0)	546 (35,4)	128 (30,8)	588 (33,4)	1341 (33,5)
N'a pas précisé le nombre de partenaires	—	—	—	—	71 (4,0)	71 (1,8)
(n)	185	97	1542	416	1763	4003
Manquante	4 (2,1)	3 (3,0)	108 (6,5)	23 (5,2)	39 (2,2)	177 (4,2)
Total	189	100	1650	439	1802	4180

Les participants à M-Track qui ont eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents ont dû également indiquer le nombre de partenaires masculins réguliers (à partir de l'échelle fournie) avec lesquels ils avaient eu des relations orales ou anales au cours des six mois précédents (tableau 14). Près de 80 % de ces hommes ont signalé des relations sexuelles avec un partenaire masculin régulier au cours de la période. Près de la moitié d'entre eux n'avaient eu qu'un seul partenaire sexuel régulier (44,5 %). En revanche, 33,5 % des hommes indiquaient plusieurs partenaires masculins réguliers (> 1), la proportion variant entre 25,4 % à Victoria et 35,4 % à Toronto.

#### 4.3.2.1 UTILISATION DU CONDOM AVEC DES PARTENAIRES SEXUELS RÉGULIERS

Plusieurs questions ont été posées sur l'usage du condom avec des partenaires sexuels réguliers dont le statut à l'égard du VIH différait. Les répondants devaient également indiquer leur propre statut d'après le résultat de leur dernier test de dépistage du VIH. Les tableaux 15 à 17 décrivent le statut déclaré à l'égard du VIH et l'utilisation du condom (c.-à-d. la fréquence à laquelle le condom a été utilisé) avec des partenaires réguliers séronégatifs et séropositifs pour le VIH et des partenaires dont le statut à l'égard du VIH était inconnu. Les tableaux 15 à 17 présentent des données agrégées provenant de l'échantillon national de M-Track, plutôt que les données par site, à cause des problèmes d'interprétation et de la petite taille des échantillons en général dans tous les sites.

**TABEAU 15** . Utilisation du condom durant des relations anales actives et passives avec un ou des partenaires réguliers séronégatifs pour le VIH au cours des six mois précédents, selon le statut déclaré des répondants à l'égard du VIH

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont eu des relations anales actives ou passives, respectivement, avec un ou des partenaires réguliers séronégatifs pour le VIH au cours des six mois précédents)

	STATUT AUTO-DÉCLARÉ À L'ÉGARD DU VIH <sup>a</sup>			
	Séropositif pour le VIH n (%)	Séronégatif pour le VIH n (%)	Statut inconnu <sup>b</sup> n (%)	Total n (%)
<b>Utilisation du condom :</b>				
<b>Relations anales actives</b>				
Toujours <sup>c</sup>	49 (46,7)	375 (37,1)	64 (37,2)	488 (37,9)
Pas toujours <sup>d</sup>	56 (53,3)	637 (62,9)	108 (62,8)	801 (62,1)
(n)	105	1012	172	1289
Manquante	2 (1,9)	42 (4,0)	4 (2,3)	48 (3,6)
Total	107	1054	176	1337
<b>Relations anales passives</b>				
Toujours <sup>c</sup>	48 (41,7)	325 (36,2)	61 (37,0)	434 (36,8)
Pas toujours <sup>d</sup>	67 (58,3)	574 (63,8)	104 (63,0)	745 (63,2)
(n)	115	899	165	1179
Manquante	6 (5,0)	39 (4,2)	2 (1,2)	47 (3,8)
Total	121	938	167	1226

<sup>a</sup> Exclut les répondants qui n'ont pas indiqué leur statut à l'égard du VIH<sup>b</sup> Inclut les répondants qui n'ont jamais subi de test de dépistage du VIH<sup>c</sup> Toujours : Le condom était utilisé « Tout le temps »<sup>d</sup> Pas toujours : Les participants ont répondu « Jamais », « Rarement », « Parfois », « La plupart du temps » ou « Presque tout le temps »

En général, 37,9 % des répondants qui ont déclaré leur statut à l'égard du VIH et qui avaient eu des relations anales actives avec un partenaire régulier séronégatif utilisaient toujours un condom; le pourcentage était de 36,8 % dans le cas des relations anales passives.

Le condom était plus systématiquement utilisé par les partenaires qui étaient sérodiscordants. Près de la moitié (46,7 %) des hommes séropositifs qui avaient eu des relations anales actives avec un partenaire régulier séronégatif ont dit toujours utiliser un condom.

La proportion des hommes séropositifs ayant eu des relations anales passives avec un partenaire régulier séronégatif qui avaient toujours utilisé un condom s'élevait à 41,7 %.

Une faible majorité de répondants ont indiqué ne pas toujours utiliser le condom durant les relations anales avec un partenaire sérodiscordant. Il importe cependant de noter que la catégorie « Pas toujours » incluait « Jamais », « Rarement », « Parfois », « La plupart du temps » et « Presque tout le temps ». Environ 40 % des hommes séropositifs qui n'avaient pas toujours recours au condom l'utilisaient « la plupart du temps » et 33 % « presque tout le temps » durant les relations anales actives et passives [n = 22 et 22 respectivement, données non illustrées dans le tableau].

**TABLEAU 16.** Utilisation du condom durant des relations anales actives et passives avec un ou des partenaires réguliers séropositifs pour le VIH au cours des six mois précédents, selon le statut déclaré des répondants à l'égard du VIH

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations anales actives ou passives, respectivement, avec un ou des partenaires réguliers séropositifs pour le VIH au cours des six mois précédents)

	STATUT AUTO-DÉCLARÉ À L'ÉGARD DU VIH <sup>a</sup>			
	Séropositif pour le VIH n (%)	Séronégatif pour le VIH n (%)	Statut inconnu <sup>b</sup> n (%)	Total n (%)
<b>Utilisation du condom :</b>				
<b>Relations anales actives</b>				
Toujours <sup>c</sup>	26 (19,3)	78 (57,4)	5 (23,8)	109 (37,3)
Pas toujours <sup>d</sup>	109 (80,7)	58 (42,6)	16 (76,2)	183 (62,7)
(n)	135	136	21	292
Manquante	3 (2,2)	5 (3,5)	3 (12,5)	11 (3,6)
Total	138	141	24	303
<b>Relations anales passives</b>				
Toujours <sup>c</sup>	26 (19,8)	62 (65,3)	3 (20,0)	91 (37,8)
Pas toujours <sup>d</sup>	105 (80,1)	33 (34,7)	12 (80,0)	150 (62,2)
(n)	131	95	15	241
Manquante	3 (2,2)	3 (3,1)	4 (21,1)	10 (39,8)
Total	134	98	19	251

<sup>a</sup> Exclut les répondants qui n'ont pas indiqué leur statut à l'égard du VIH

<sup>b</sup> Inclut les répondants qui n'ont jamais subi de test de dépistage du VIH

<sup>c</sup> Toujours : Le condom était utilisé « Tout le temps »

<sup>d</sup> Pas toujours : Les participants ont répondu « Jamais », « Rarement », « Parfois », « La plupart du temps » ou « Presque tout le temps »

À l'image des résultats du tableau 15, 37,3 % des répondants qui étaient séropositifs et qui avaient eu des relations anales actives avec un partenaire régulier séropositif utilisaient toujours un condom; dans le cas des relations anales passives, la proportion était de 37,8 %.

Encore une fois, une plus forte proportion d'hommes dont le partenaire était sérodiscordant utilisaient toujours un condom. Chez les hommes séronégatifs qui avaient des relations anales actives avec un partenaire régulier séropositif, plus de la moitié (57,4 %) employaient toujours un condom. Près des deux tiers des hommes séronégatifs qui avaient eu des relations anales passives avec un partenaire régulier séropositif (65,3 %) se servaient toujours d'un condom. Chez les hommes séronégatifs qui n'utilisaient pas toujours le condom avec un partenaire séropositif, 27,5 % s'en servaient « la plupart du temps » ou « presque tout le temps » durant des relations anales actives et 21,2 % « la plupart du temps » ou « presque tout le temps » durant des relations anales passives [n = 16 et 7, respectivement, données non illustrées dans le tableau].



**TABLEAU 17 .** Utilisation du condom au cours des six mois précédents durant des relations anales actives et passives avec un partenaire régulier dont le statut sérologique est inconnu, selon le statut déclaré des répondants à l'égard du VIH

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations anales actives ou passives, respectivement, avec un ou des partenaires réguliers dont le statut à l'égard du VIH est inconnu)

	STATUT AUTO-DÉCLARÉ À L'ÉGARD DU VIH <sup>a</sup>			
	Séropositif pour le VIH n (%)	Séronégatif pour le VIH n (%)	Statut inconnu <sup>b</sup> n (%)	Total n (%)
<b>Utilisation du condom :</b>				
<b>Relations anales actives</b>				
Toujours <sup>c</sup>	29 (28,7)	236 (52,2)	34 (40,0)	299 (46,9)
Pas toujours <sup>d</sup>	72 (71,3)	216 (47,8)	51 (60,0)	339 (53,1)
(n)	101	452	85	638
Manquante	1 (<1,0)	19 (4,0)	2 (2,3)	22 (3,3)
<b>Total</b>	102	471	87	660
<b>Relations anales passives</b>				
Toujours <sup>c</sup>	23 (21,5)	192 (55,8)	37 (45,7)	252 (47,4)
Pas toujours <sup>d</sup>	84 (78,5)	152 (44,2)	44 (54,3)	280 (52,6)
(n)	107	344	81	532
Manquante	1 (<1,0)	14 (3,9)	1 (1,2)	16 (2,9)
<b>Total</b>	108	358	82	548

<sup>a</sup> Exclut les répondants qui n'ont pas indiqué leur statut à l'égard du VIH<sup>b</sup> Inclut les répondants qui n'ont jamais subi de test de dépistage du VIH<sup>c</sup> Toujours : Le condom était utilisé « Tout le temps »<sup>d</sup> Pas toujours : Les participants ont répondu « Jamais », « Rarement », « Parfois », « La plupart du temps » ou « Presque tout le temps »

Parmi les répondants qui ont déclaré leur statut à l'égard du VIH et qui avaient eu des relations anales actives avec un partenaire dont le statut sérologique était inconnu, un peu moins de la moitié ont dit toujours utiliser un condom (46,9 %); dans le cas des relations anales passives, cette proportion était de 47,4 %.

Parmi ceux qui n'utilisaient pas toujours un condom avec un partenaire dont le statut sérologique était inconnu, environ 37 % se servaient d'un condom « La plupart du temps » ou « Presque tout le temps » durant des relations anales actives, et 36,1 % « La plupart du temps » ou « Presque tout le temps » durant des relations anales passives [n = 124 et 101, respectivement, données non illustrées dans le tableau].

#### 4.3.3 PARTENAIRES OCCASIONNELS

Les répondants qui ont signalé des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents ont été invités à donner plus de détails sur leurs activités sexuelles avec des partenaires occasionnels. Un partenaire occasionnel était défini comme un homme avec lequel le répondant avait eu des relations sexuelles seulement une fois (p. ex. « une affaire d'un soir » ou une rencontre dans des bains publics). Les partenaires occasionnels n'englobent pas les hommes avec lesquels le répondant a échangé de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services contre des relations sexuelles.

**TABLEAU 18 .** Nombre de partenaires sexuels occasionnels au cours des six mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Aucun	46 (25,1)	25 (25,8)	381 (24,3)	134 (31,7)	330 (18,6)	916 (22,7)
Un	41 (22,4)	14 (14,4)	176 (11,2)	59 (13,9)	270 (15,2)	560 (13,9)
De 2 à 5	56 (30,6)	32 (33,0)	483 (30,8)	121 (28,6)	529 (29,9)	1221 (30,2)
De 6 à 9	18 (9,8)	13 (13,4)	166 (10,6)	40 (9,5)	194 (11,0)	431 (10,7)
10 ou plus	22 (12,0)	13 (13,4)	363 (23,1)	69 (16,3)	412 (23,3)	879 (21,7)
N'a pas précisé le nombre de partenaires	—	—	—	—	36 (2,0)	36 (<1,0)
(n)	183	97	1569	423	1771	4043
Manquante	6 (3,2)	3 (3,0)	81 (4,9)	16 (3,6)	31 (1,7)	137 (3,3)
<b>Total</b>	189	100	1650	439	1802	4180

On a demandé aux participants d'indiquer (à partir de l'échelle fournie) le nombre de partenaires masculins occasionnels avec lesquels ils avaient eu des relations sexuelles (orales ou anales) au cours des 6 mois précédents (tableau 18). Parmi ceux qui avaient eu des relations sexuelles avec un homme au cours de cette période, environ les trois quarts comptaient au moins un partenaire masculin occasionnel (77,3 %) et la majorité ont indiqué plusieurs partenaires occasionnels (63,4 %). Un nombre plus élevé de partenaires occasionnels a également été signalé par certains hommes. Par exemple, à Montréal et à Toronto, 23,3 % et 23,1 %, respectivement, ont déclaré avoir eu 10 partenaires occasionnels ou plus au cours des six mois précédents.

#### 4.3.3.1 UTILISATION DU CONDOM AVEC DES PARTENAIRES SEXUELS OCCASIONNELS

**TABLEAU 19.** Utilisation du condom avec des partenaires masculins occasionnels au cours des six mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont eu des relations anales actives ou passives, respectivement, avec un partenaire masculin occasionnel au cours des six mois précédents)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Utilisation du condom :</b>						
<b>Relations anales actives</b>						
Toujours <sup>c</sup>	31 (38,3)	16 (43,2)	318 (48,0)	79 (50,3)	348 (46,5)	792 (47,0)
Pas toujours <sup>d</sup>	50 (61,7)	21 (56,8)	345 (52,0)	78 (49,7)	400 (53,5)	894 (53,0)
(n)	81	37	663	157	748	1686
Manquante	0 (0,0)	2 (5,1)	24 (3,5)	2 (1,3)	17 (2,2)	45 (2,6)
Total	81	39	687	159	765	1731
<b>Relations anales passives</b>						
Toujours <sup>c</sup>	26 (42,6)	18 (52,9)	262 (49,0)	82 (56,2)	306 (49,2)	694 (49,6)
Pas toujours <sup>d</sup>	35 (57,4)	16 (47,1)	273 (51,0)	64 (43,8)	316 (50,8)	704 (50,4)
(n)	61	34	535	146	622	1398
Manquante	2 (3,2)	3 (8,1)	31 (5,5)	7 (4,6)	7 (1,1)	50 (3,5)
Total	63	37	566	153	629	1448

<sup>a</sup> Toujours : Le condom était utilisé « Tout le temps »

<sup>b</sup> Pas toujours : Les participants ont répondu « Jamais », « Rarement », « Parfois », « La plupart du temps » ou « Presque tout le temps »

On a demandé aux hommes qui avaient eu des partenaires sexuels occasionnels s'ils avaient eu des relations anales actives et passives avec ces partenaires au cours des six mois précédents et, le cas échéant, à quelle fréquence ils avaient utilisé le condom. Le tableau 19 montre que près de la moitié de tous les hommes qui ont eu un partenaire occasionnel se sont toujours servis d'un condom durant les relations anales actives (47,0 %) et passives (49,6 %). La proportion d'hommes qui utilisaient toujours un condom durant les relations anales actives avec un partenaire occasionnel variait entre 38,3 % à Victoria et 50,3 % à Ottawa. Dans le cas des relations anales passives, la proportion variait entre 42,6 % à Victoria et 56,2 % à Ottawa.

**TABLEAU 20** . Statut auto-déclaré à l'égard du VIH et relations anales non protégées avec un partenaire sexuel occasionnel, selon le statut sérologique connu ou supposé du partenaire

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles avec au moins un partenaire masculin occasionnel au cours des six mois précédents)

	STATUT AUTO-DÉCLARÉ À L'ÉGARD DU VIH <sup>a</sup>			
	Séropositif pour le VIH n (%)	Séronégatif pour le VIH n (%)	Statut inconnu <sup>b</sup> n (%)	Total n (%)
<b>Toute RANP avec un partenaire occasionnel :</b>				
Qui, à votre connaissance, était à l'époque séropositif	132 (41,8)	59 (3,6)	11 (3,2)	202 (8,9)
(n)	316	1621	339	2276
Manquante	8 (2,5)	46 (2,8)	9 (2,6)	63 (2,7)
<b>Total</b>	324	1667	348	2339
Qui, à votre connaissance, était à l'époque séronégatif	63 (20,7)	253 (15,5)	41 (12,1)	357 (15,7)
(n)	304	1632	339	2275
Manquante	20 (6,2)	35 (2,1)	9 (2,6)	64 (2,7)
<b>Total</b>	324	1667	348	2339
Dont vous ne connaissiez pas à l'époque le statut sérologique	127 (41,0)	278 (17,1)	49 (14,4)	454 (19,9)
(n)	310	1627	340	2277
Manquante	14 (4,3)	40 (2,4)	8 (2,3)	62 (2,7)
<b>Total</b>	324	1667	348	2339

<sup>a</sup> Exclut les répondants qui n'ont pas indiqué leur statut à l'égard du VIH<sup>b</sup> Inclut les répondants qui n'ont jamais subi de test de dépistage du VIH

Dans le tableau 20, le statut à l'égard du VIH déclaré par les participants qui avaient eu tout type de RANP avec un partenaire sexuel occasionnel est ventilé d'après leurs suppositions concernant le statut sérologique de leur partenaire. Le tableau présente les résultats agrégés pour l'échantillon national de M-Track, plutôt que les résultats pour chaque site, à cause des problèmes d'interprétation et de la petite taille des échantillons dans la plupart des sites.

Environ 15 % des hommes qui avaient eu un partenaire sexuel occasionnel au cours des six mois précédant l'étude signalaient des RANP avec un partenaire séronégatif pour le VIH, et près de 20 % avaient eu des RANP avec un partenaire dont le statut sérologique était inconnu.

Environ 20 % des hommes qui se disaient séropositifs pour le VIH et qui avaient eu des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel au cours des six mois précédents signalaient des RANP avec un partenaire qu'ils croyaient être séronégatif.

Moins de 5 % des hommes qui se disaient séronégatifs avaient eu des RANP au cours des six mois précédents avec un partenaire occasionnel qu'ils croyaient être séropositif.

#### 4.3.4 RELATIONS SEXUELLES AVEC DES PARTENAIRES FÉMININES

**TABLEAU 21** . Nombre de partenaires sexuelles féminines au cours des six mois précédents

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Aucune	184 (84,0)	84 (69,4)	1718 (90,5)	439 (92,2)	1645 (86,7)	4070 (88,2)
Une	21 (9,6)	16 (13,2)	97 (5,1)	21 (4,4)	136 (7,2)	291 (6,3)
Plusieurs partenaires	14 (6,4)	21 (17,4)	84 (4,4)	16 (3,4)	116 (6,1)	251 (5,5)
(n)	219	121	1899	476	1897	4612
Manquante	5 (2,2)	0 (0,0)	88 (4,4)	28 (5,6)	60 (3,1)	181 (3,8)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793

Le tableau 21 présente le nombre de partenaires sexuelles féminines signalées par les répondants au cours des six mois précédant l'enquête M-Track. Une petite minorité d'hommes indiquaient avoir eu des partenaires féminines (11,8 %). Dans l'ensemble, 88,2 % des hommes n'avaient eu aucune partenaire féminine; Winnipeg faisait exception, près du tiers des hommes comptaient des femmes parmi leurs partenaires sexuels (30,6 %).

#### 4.3.5 RELATIONS SEXUELLES EN ÉCHANGE D'ARGENT, DE DROGUES OU D'AUTRES BIENS ET SERVICES

**TABLEAU 22 . Relations sexuelles commerciales (orales ou anales) au cours des six mois précédents**

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Don d'argent, de drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles</b>	13 (7,1)	3 (3,4)	153 (9,8)	43 (10,3)	199 (11,3)	<b>411 (10,2)</b>
<b>(n)</b>	<b>184</b>	<b>88</b>	<b>1562</b>	<b>417</b>	<b>1760</b>	<b>4011</b>
Manquante	5 (2,6)	11 (11,0)	88 (5,3)	22 (5,0)	42 (2,3)	168 (4,0)
Refus	—	1 (1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100</b>	<b>1650</b>	<b>439</b>	<b>1802</b>	<b>4180</b>
<b>Réception d'argent, de drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles</b>	10 (5,4)	33 (36,7)	131 (8,4)	30 (7,2)	199 (11,3)	<b>403 (10,1)</b>
<b>(n)</b>	<b>184</b>	<b>90</b>	<b>1561</b>	<b>416</b>	<b>1755</b>	<b>4006</b>
Manquante	5 (2,6)	9 (9,0)	89 (5,4)	23 (5,2)	47 (2,6)	173 (4,1)
Refus	—	1 (1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100</b>	<b>1650</b>	<b>439</b>	<b>1802</b>	<b>4180</b>

On a demandé aux répondants s'ils avaient eu des relations sexuelles commerciales au cours des six mois précédents, c'est-à-dire s'ils avaient reçu ou donné de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles orales ou anales avec un partenaire masculin. Dans l'ensemble, 10,2 % des répondants à M-Track ont dit avoir donné de l'argent, des drogues, ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles au cours des six mois précédant l'étude; la proportion variait entre 3,4 % à Winnipeg et 11,3 % à Montréal.

De même, 10,1 % des répondants ont déclaré avoir reçu de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles. Les variations d'un site à l'autre étaient cependant plus marquées, la proportion allant de 5,4 % à Victoria à 36,7 % à Winnipeg.

#### 4.4 USAGE DE DROGUES À DES FINS RÉCRÉATIVES

L'usage de drogues avant ou durant des relations sexuelles a été associé à des comportements sexuels plus à risque, et l'injection de drogues est un important facteur de risque d'acquisition du VIH et le principal mode de transmission du VHC. Pour évaluer les habitudes et tendances en ce qui concerne l'usage de drogues à des fins récréatives chez les HARSAH au Canada, des questions ont été posées aux participants sur leur utilisation à vie de drogues à usage récréatif et sur leur consommation au cours des six mois précédents. On n'a pas cependant posé de questions sur l'usage de drogues à des fins récréatives dans le cadre de certains comportements sexuels à risque (p. ex. l'usage de condom), ni de questions sur certaines pratiques d'injection (p. ex. prêt et emprunt de seringues usagées).

**TABLEAU 23** . Usage de drogues pendant une relation sexuelle ou deux heures avant au cours des six mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Alcool</b>						
Jamais	51 (27,3)	4 (4,9)	405 (27,0)	116 (28,0)	430 (25,1)	1006 (25,8)
Moins d'une fois sur deux	87 (46,5)	35 (43,2)	611 (40,7)	171 (41,2)	799 (46,7)	1703 (43,7)
Plus d'une fois sur deux	49 (26,2)	42 (51,9)	484 (32,3)	128 (30,8)	481 (28,1)	1184 (30,4)
(n)	187	81	1500	415	1710	3893
Manquante	2 (1,1)	19 (19,0)	150 (9,1)	24 (5,5)	92 (5,1)	287 (6,9)
Total	189	100	1650	439	1802	4180
<b>Stimulants sexuels<sup>a</sup></b>						
Jamais	133 (71,1)	30 (50,0)	831 (55,7)	260 (62,7)	1058 (62,8)	2312 (60,2)
Moins d'une fois sur deux	39 (20,9)	20 (33,3)	368 (24,7)	99 (23,9)	410 (24,3)	936 (24,4)
Plus d'une fois sur deux	15 (8,0)	10 (16,7)	292 (19,6)	56 (13,5)	218 (12,9)	591 (15,4)
(n)	187	60	1491	415	1686	3839
Manquante	2 (1,1)	40 (40,0)	159 (9,6)	24 (5,5)	116 (6,4)	341 (8,2)
Total	189	100	1650	439	1802	4180
<b>Marijuana/hash/pot/herbe</b>						
Jamais	117 (62,6)	14 (18,7)	951 (63,8)	279 (67,2)	1022 (61,0)	2383 (62,0)
Moins d'une fois sur deux	41 (21,9)	33 (44,0)	332 (22,3)	86 (20,7)	405 (24,2)	897 (23,3)
Plus d'une fois sur deux	29 (15,5)	28 (37,3)	208 (14,0)	50 (12,0)	248 (14,8)	563 (14,7)
(n)	187	75	1491	415	1675	3843
Manquante	2 (1,1)	25 (25,0)	159 (9,6)	24 (5,5)	127 (7,0)	337 (8,1)
Total	189	100	1650	439	1802	4180
<b>Cocaïne/crack/free base</b>						
Jamais	166 (88,8)	31 (50,0)	1263 (84,7)	377 (90,8)	1320 (79,1)	3157 (75,5)
Moins d'une fois sur deux	15 (8,0)	18 (29,0)	184 (12,3)	29 (7,0)	240 (14,4)	486 (11,6)
Plus d'une fois sur deux	6 (3,2)	13 (21,0)	44 (3,0)	9 (2,2)	108 (6,5)	180 (4,3)
(n)	187	62	1491	415	1668	3823
Manquante	2 (1,1)	38 (38,0)	159 (9,6)	24 (5,5)	134 (7,4)	357 (8,5)
Total	189	100	1650	439	1802	4180
<b>Héroïne/Autres opiacés</b>						
Jamais	179 (95,7)	48 (88,9)	1460 (97,9)	408 (98,3)	1613 (97,1)	3708 (97,3)
Moins d'une fois sur deux	7 (3,7)	5 (9,3)	24 (1,6)	7 (1,7)	33 (2,0)	76 (2,0)
Plus d'une fois sur deux	1 (<1,0)	1 (1,9)	7 (<1,0)	0 (0,0)	16 (1,0)	25 (<1,0)
(n)	187	54	1491	415	1662	3809
Manquante	2 (1,1)	46 (46,0)	159 (9,6)	24 (5,5)	140 (7,8)	371 (8,9)
Total	189	100	1650	439	1802	4180
<b>Autres drogues à usage récréatif<sup>b</sup></b>						
Jamais	161 (86,1)	38 (69,1)	1193 (80,0)	350 (84,3)	1272 (75,8)	3014 (78,8)
Moins d'une fois sur deux	25 (13,4)	10 (18,2)	215 (14,4)	52 (12,5)	314 (18,7)	616 (16,1)
Plus d'une fois sur deux	1 (<1,0)	7 (12,7)	83 (5,6)	13 (3,1)	93 (5,5)	197 (5,1)
(n)	187	55	1491	415	1679	3827
Manquante	2 (1,1)	45 (45,0)	159 (9,6)	24 (5,5)	123 (6,8)	353 (8,4)
Total	189	100	1650	439	1802	4180

<sup>a</sup> Ces stimulants incluent les poppers et Viagra<sup>b</sup> Parmi les autres drogues à usage récréatif figurent le spécial K, l'ecstasy, la méthamphétamine en cristaux, le GHB, les drogues psychédéliques et d'autres amphétamines

On a demandé aux répondants qui avaient eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents s'ils avaient fait usage de diverses substances pendant les relations sexuelles (orales ou anales) avec ce partenaire, ou dans les deux heures précédant cette relation, et, dans l'affirmative, à quelle fréquence. Environ 83 % avaient pris une ou plusieurs substances à usage récréatif (y compris l'alcool) avant ou pendant les relations sexuelles au cours des six mois précédents et cette proportion tombait à 61 % lorsqu'on excluait l'alcool [données non illustrées dans le tableau].

Les drogues le plus souvent utilisées étaient l'alcool (74,1 %), les stimulants sexuels—poppers et Viagra (39,8 %)—et la marijuana (38,0 %). Parmi les autres substances moins fréquemment consommées, citons la cocaïne/crack/freebase (15,9 %) et l'héroïne ou d'autres opiacés (< 3,0 %). Les « autres drogues à usage récréatif » incluent le spécial K, l'ecstasy, la méthamphétamine en cristaux, le GHB, les drogues psychédéliques et les autres amphétamines, qui ont été consommés par 21,2 % des hommes.

De façon générale, l'usage de substances chez les participants était plus fréquent à Winnipeg que dans d'autres sites sentinelles.

**TABLEAU 24 . Antécédents d'injection de drogues**

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Cocaïne</b>						
Oui	23 (10,6)	28 (24,1)	104 (5,4)	23 (4,7)	89 (4,7)	267 (5,8)
Il y a plus de 6 mois	18 (8,3)	15 (12,9)	76 (4,0)	15 (3,1)	47 (2,5)	171 (3,7)
Dans les 6 derniers mois	5 (2,3)	13 (11,2)	28 (1,4)	8 (1,6)	42 (2,2)	96 (2,1)
(n)	218	116	1922	491	1875	4622
Manquante	6 (2,7)	4 (3,3)	65 (3,3)	13 (2,6)	82 (4,2)	170 (3,6)
Refus	—	1 (<1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
Total	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Stéroïdes</b>						
Oui	8 (3,7)	3 (2,7)	85 (4,4)	13 (2,6)	59 (3,2)	168 (3,6)
Il y a plus de 6 mois	4 (1,8)	3 (2,7)	47 (2,4)	10 (2,0)	34 (1,8)	98 (2,1)
Dans les 6 derniers mois	4 (1,8)	0 (0,0)	38 (2,0)	3 (<1,0)	25 (1,3)	70 (1,5)
(n)	218	112	1922	491	1863	4606
Manquante	6 (2,7)	8 (6,6)	65 (3,3)	13 (2,6)	94 (4,8)	186 (3,9)
Refus	—	1 (<1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
Total	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Méthamphétamine en cristaux</b>						
Oui	10 (4,6)	20 (17,0)	49 (2,5)	9 (1,8)	—	88 (3,2)
Il y a plus de 6 mois	7 (3,2)	10 (8,5)	31 (1,6)	8 (1,6)	—	56 (2,0)
Dans les 6 derniers mois	3 (1,4)	10 (8,5)	18 (<1,0)	1 (<1,0)	—	32 (1,2)
(n)	218	117	1922	491	—	2748
Manquante	6 (2,7)	3 (2,5)	65 (3,3)	13 (2,6)	—	87 (3,1)
Refus	—	1 (<1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
Total	224	121	1987	504	—	2836
<b>Héroïne</b>						
Oui	9 (4,1)	10 (8,8)	38 (2,0)	7 (1,4)	45 (2,4)	109 (2,4)
Il y a plus de 6 mois	8 (3,7)	7 (6,1)	33 (1,7)	6 (1,2)	22 (1,2)	76 (1,6)
Dans les 6 derniers mois	1 (<1,0)	3 (2,6)	5 (<1,0)	1 (<1,0)	23 (1,2)	33 (<1,0)
(n)	218	114	1922	491	1869	4614
Manquante	6 (2,7)	6 (5,0)	65 (3,3)	13 (2,6)	88 (4,5)	178 (3,7)
Refus	—	1 (<1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
Total	224	121	1987	504	1957	4793

**TABLEAU 24 . Antécédents d'injection de drogues (SUITE)**

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Injection d'une drogue quelconque<sup>a</sup></b>						
Oui	33 (15,1)	40 (33,6)	224 (11,7)	42 (8,5)	140 (7,4)	479 (10,3)
Il y a plus de 6 mois	19 (8,7)	23 (19,3)	134 (7,0)	23 (4,7)	71 (3,8)	270 (5,8)
Dans les 6 derniers mois	14 (6,4)	17 (14,3)	90 (4,7)	19 (3,9)	69 (3,7)	209 (4,5)
(n)	218	119	1923	492	1888	4640
Manquante	6 (2,7)	1 (<1,0)	64 (3,2)	12 (2,4)	69 (3,5)	152 (3,2)
Refus	—	1 (<1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
Total	224	121	1987	504	1957	4793

<sup>a</sup> Les répondants de Montréal n'ont pas été interrogés sur l'usage de la méthamphétamine en cristaux<sup>b</sup> Inclut la cocaïne, les stéroïdes, la méthamphétamine en cristaux et l'héroïne et toutes les autres substances énumérées dans la catégorie de réponse « Autre »

On a demandé aux participants s'ils s'étaient déjà injecté de la cocaïne, de la méthamphétamine en cristaux, de l'héroïne, des stéroïdes ou d'autres drogues et s'ils l'avaient fait au cours des six mois précédents. Le tableau 24 indique la proportion et le nombre de répondants qui ont déclaré s'être déjà injecté des drogues.

Dans l'ensemble, 10,3 % des participants s'étaient déjà injecté des drogues; 4,5 % l'avaient fait au cours des six mois précédents. La drogue le plus souvent injectée était la cocaïne, citée par 5,8 % de tous les participants, la proportion variant entre 4,7 % à Ottawa et Montréal et 24,1 % à Winnipeg.

Les pourcentages sont plus faibles dans le cas des stéroïdes (3,6 %), de la méthamphétamine en cristaux (3,2 %) ou de l'héroïne (2,4 %). Un nombre encore plus faible d'hommes se sont injecté ces drogues au cours des six mois précédents : 2,1 % (cocaïne), 1,5 % (stéroïdes), 1,2 % (méthamphétamine en cristaux) et < 1,0 % (héroïne).

Tout comme pour l'usage de substances avant ou pendant les relations sexuelles, l'injection de drogues par les participants était généralement plus fréquente à Winnipeg que dans les autres sites sentinelles participants.

#### 4.5 DÉPISTAGE, PRÉVALENCE DU VIH, CONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE ET ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENT

Cette section présente des données sur les habitudes de dépistage du VIH, notamment les raisons pour lesquelles les participants ne se sont pas fait tester, ainsi que des données sur la prévalence du VIH (auto-déclarées et basées sur l'analyse des échantillons de GSS), sur la connaissance du statut sérologique et sur les antécédents de traitement contre le VIH des participants qui se disaient séropositifs pour le VIH. L'enquête M-Track mesure la séroprévalence du VIH chez les participants à partir de tests de laboratoire pratiqués sur des échantillons anonymes de GSS fournis (pour plus de détails sur les analyses des échantillons biologiques, se reporter à la section 3.2.6.2). Les répondants ont également été interrogés sur le résultat de leur plus récent test de dépistage du VIH. Pour déterminer dans quelle mesure ils savaient qu'ils étaient positifs, les déclarations relatives au statut à l'égard du VIH (questionnaire) ont été comparées avec les résultats de l'analyse sérologique de leur échantillon biologique (c.-à-d. GSS).

## 4.5.1 ANTÉCÉDENTS DE DÉPISTAGE DU VIH

TABLEAU 25 . Antécédents de dépistage du VIH

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés et se disant séronégatifs qui avaient déjà passé un test de dépistage du VIH, respectivement)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>A déjà été testé pour le VIH</b>	193 (90,2)	49 (72,1)	1606 (87,7)	411 (87,8)	1610 (84,6)	3869 (86,2)
(n)	214	68	1832	468	1904	4486
Manquante	8 (3,6)	35 (28,9) <sup>a</sup>	126 (6,3)	31 (6,2)	34 (1,7)	234 (4,9)
Ne sais pas	2 (<1,0)	11 (9,1)	29 (1,5)	5 (1,0)	19 (1,0)	66 (1,4)
Refus	—	7 (5,8)	—	—	—	7 (<1,0)
<b>Total</b>	224	121	1987	504	1957	4793
<b>A été testé pour le VIH au cours des 2 dernières années</b>	101 (72,1)	28 (82,4)	797 (77,5)	203 (73,0)	881 (73,9)	2010 (75,2)
(n)	140	34	1029	278	1192	2673
Manquante	25 (15,2)	1 (2,9)	245 (19,2)	53 (16,0)	105 (8,1)	429 (13,8)
<b>Total</b>	165	35	1274	331	1297	3102

<sup>a</sup> Les différences dans la présentation générale des questions, en particulier dans les catégories de réponses, expliquent probablement la plus grande fréquence de données manquantes à Winnipeg.

On a demandé aux participants à M-Track s'ils avaient déjà passé un test de dépistage du VIH et, le cas échéant, à quand remontait leur plus récent test. Le tableau 25 présente des données sur le nombre et la proportion de tous les participants qui ont déjà passé un test de dépistage du VIH de même que le nombre et la proportion d'hommes séronégatifs qui avaient subi un test de dépistage au cours des deux années précédentes. La plupart des participants ont dit avoir déjà passé un test de dépistage (86,2 %), la proportion allant de 72,1 % à Winnipeg à 90,2 % à Victoria. De même, une forte proportion de ceux qui avaient obtenu un résultat négatif à leur dernier test avaient été testés au cours des deux années précédant l'enquête (75,2 %), la proportion variant entre 72,1 % à Victoria et 82,4 % à Winnipeg.

TABLEAU 26 . Raisons pour ne jamais avoir passé un test de dépistage du VIH

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit ne jamais avoir passé de test de dépistage du VIH)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Mon risque d'infection par le VIH est faible</b>	13 (61,9)	9 (47,4)	107 (47,3)	34 (59,6)	171 (58,2)	334 (54,1)
(n)	21	19	226	57	294	617
<b>Total</b>	21	19	226	57	294	617
<b>J'ai peur de passer le test</b>	4 (19,0)	7 (36,8)	59 (26,1)	12 (21,1)	88 (29,9)	170 (27,6)
(n)	21	19	226	57	294	617
<b>Total</b>	21	19	226	57	294	617
<b>Je crois connaître mon statut</b>	3 (14,3)	3 (15,8)	55 (24,3)	22 (38,6)	82 (27,9)	165 (26,7)
(n)	21	19	226	57	294	617
<b>Total</b>	21	19	226	57	294	617
<b>Je veux passer le test, mais je ne l'ai pas encore fait<sup>a</sup></b>	6 (28,6)	5 (26,3)	38 (16,8)	14 (24,6)	—	63 (19,5)
(n)	21	19	226	57	—	323
<b>Total</b>	21	19	226	57	—	323
<b>Le fait d'être séropositif pourrait avoir des répercussions sur ma vie personnelle ou professionnelle</b>	2 (9,5)	3 (15,8)	19 (8,4)	11 (19,3)	35 (11,9)	70 (11,3)
(n)	21	19	226	57	294	617
<b>Total</b>	21	19	226	57	294	617



**TABLEAU 26 . Raisons pour ne jamais avoir passé un test de dépistage du VIH (SUITE)**

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit ne jamais avoir passé de test de dépistage du VIH)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Je n'y ai jamais songé	3 (14,3)	4 (21,1)	21 (9,3)	7 (12,3)	33 (11,2)	68 (11,0)
(n)	21	19	226	57	294	617
Total	21	19	226	57	294	617
Je suis en bonne santé, alors je n'ai pas besoin de passer le test	2 (9,5)	3 (15,8)	19 (8,4)	8 (14,0)	25 (8,5)	57 (9,2)
(n)	21	19	226	57	294	617
Total	21	19	226	57	294	617
Problèmes d'accès au test	0 (0,0)	2 (10,5)	9 (4,0)	7 (12,3)	17 (5,8)	35 (5,7)
(n)	21	19	226	57	246	569
Total	21	19	226	57	294	617
Je ne crois pas pouvoir être infecté par le VIH	1 (4,8)	1 (5,3)	7 (3,1)	2 (3,5)	22 (7,5)	33 (5,3)
(n)	21	19	226	57	294	617
Total	21	19	226	57	294	617
Si j'obtiens un résultat positif, rien ne peut être fait	0 (0,0)	3 (15,8)	7 (3,1)	2 (3,5)	13 (4,4)	25 (4,1)
(n)	21	19	226	57	294	617
Total	21	19	226	57	294	617
Je ne crois pas que le test est toujours exact	0 (0,0)	1 (5,6)	3 (1,3)	1 (1,8)	7 (2,4)	12 (1,9)
(n)	21	19	226	57	294	617
Total	21	19	226	57	294	617

<sup>a</sup> Cette catégorie de réponse ne figurait pas dans l'enquête à Montréal

Nota : S'il y a lieu, les catégories de réponses originales ont été agrégées

Nota : Les valeurs manquantes n'ont pu être déterminées en raison de la méthode de collecte des données.

**TABLEAU 27 . Raisons pour ne pas avoir subi de test de dépistage du VIH au cours des deux années précédentes chez les hommes qui se disaient séronégatifs**

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des deux années précédentes et qui s'identifiaient comme séronégatifs)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Total <sup>a</sup> n (%)
Mon risque d'infection par le VIH est faible	21 (53,8)	2 (33,3)	133 (57,3)	53 (70,7)	209 (59,4)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352
Je crois connaître mon statut	11 (28,2)	1 (16,7)	67 (28,9)	24 (32,0)	103 (29,3)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352
Je veux passer le test, mais je ne l'ai pas encore fait	5 (12,8)	0 (0,0)	39 (16,8)	15 (20,0)	59 (16,8)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352
J'ai peur de subir le test	1 (2,6)	0 (0,0)	43 (18,5)	8 (10,7)	52 (14,8)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352

**TABLEAU 27.** Raisons pour ne pas avoir subi de test de dépistage du VIH au cours des deux années précédentes chez les hommes qui se disaient séronégatifs (SUITE)

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des deux années précédentes et qui s'identifiaient comme séronégatifs)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Total <sup>a</sup> n (%)
Le fait d'être séropositif pourrait avoir des répercussions sur ma vie personnelle ou professionnelle	2 (5,1)	0 (0,0)	32 (13,8)	5 (6,7)	39 (11,1)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352
Je suis en bonne santé, alors je n'ai pas besoin de passer le test	1 (2,6)	0 (0,0)	22 (9,5)	5 (6,7)	28 (8,0)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352
Je ne crois pas pouvoir être infecté par le VIH	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (5,6)	3 (4,0)	16 (4,5)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352
Je n'y ai jamais songé	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (2,6)	6 (8,0)	12 (3,4)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352
Problèmes d'accès au test	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,3)	3 (4,0)	6 (1,7)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352
Si j'obtiens un résultat positif, rien ne peut être fait	1 (2,6)	0 (0,0)	5 (2,2)	1 (1,3)	7 (2,0)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352
Je ne crois pas que le test est toujours exact	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,7)	0 (0,0)	4 (1,1)
(n)	39	6	232	75	352
Total	39	6	232	75	352

<sup>a</sup> Montréal n'est pas inclus dans ce tableau, car ces questions n'ont pas été posées aux participants

Nota : S'il y a lieu, les catégories de réponses originales ont été agrégées

Nota : Les valeurs manquantes n'ont pu être déterminées en raison de la méthode de collecte des données.

On a demandé aux participants à M-Track qui n'avaient jamais passé de test de dépistage du VIH de sélectionner les raisons sur une liste préétablie. Les répondants pouvaient cocher plusieurs réponses<sup>xi</sup>.

La majorité des participants qui n'avaient jamais passé de test de dépistage du VIH ont indiqué qu'ils croyaient courir un faible risque d'infection par le VIH (54,1 %), la proportion allant de 47,3 % à Toronto à 61,9 % à Victoria. Parmi les autres raisons couramment citées figurent la peur du test (27,6 % des hommes) et le fait de connaître déjà son statut (26,7 % des hommes).

Les hommes prétendant être séronégatifs qui n'avaient pas subi de test de dépistage au cours des deux années précédentes devaient indiquer les raisons pour ne pas subir le test en cochant les réponses à partir de la même liste préétablie (tableau 27). Une majorité d'hommes séronégatifs qui n'avaient pas subi de test de dépistage au cours des deux années précédentes jugeaient qu'ils couraient un faible risque d'infection par le VIH (59,4 %). Près de 30 % n'avaient pas passé de test au cours des deux dernières années parce qu'ils connaissaient leur statut sérologique.

## 4.5.2 PRÉVALENCE DU VIH ET CONNAISSANCE DE SON STATUT SÉROLOGIQUE

TABLEAU 28 . Statut auto-déclaré à l'égard du VIH

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont passé un test de dépistage du VIH)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Séropositifs	24 (12,5)	18 (33,3)	262 (16,7)	52 (12,9)	182 (11,5)	538 (14,2)
Séronégatifs	165 (85,9)	35 (64,8)	1274 (81,0)	331 (82,1)	1297 (82,2)	3102 (81,7)
Statut inconnu <sup>a</sup>	3 (1,6)	1 (1,9)	36 (2,3)	20 (5,0)	99 (6,3)	159 (4,2)
(n)	192	54	1572	403	1578	3799
Manquante	1 (<1,0)	5 (8,5)	34 (2,1)	8 (1,9)	32 (2,0)	80 (2,1)
Total	193	59	1606	411	1610	3879

<sup>a</sup> Inclut les répondants qui ont indiqué ne pas connaître le résultat de leur dernier test ainsi que les répondants qui n'ont pas reçu le résultat de leur plus récent test.

Les répondants qui avaient déjà subi un test de dépistage du VIH devaient également indiquer le résultat de leur plus récent test. Le tableau 28 présente des données sur le nombre et les proportions de participants à M-Track qui se sont dits séropositifs, séronégatifs ou ne connaissaient pas leur statut sérologique à l'égard du VIH.

La grande majorité ont indiqué que le résultat de leur plus récent test de dépistage du VIH était négatif (81,7 %), la proportion allant de 64,8 % à Winnipeg à 85,9 % à Victoria. Un peu moins de 15 % des hommes ont déclaré que le résultat de leur plus récent test était positif (14,2 %), la proportion variant entre 11,5 % à Montréal et 33,3 % à Winnipeg. Moins de 5 % ont dit ne pas connaître le résultat à leur plus récent test de dépistage ou ne pas avoir reçu les résultats du test.

TABLEAU 29 . Séroprévalence du VIH et séropositivité connue

(ADMISSIBLES EN CE QUI CONCERNE LA SÉROPRÉVALENCE : Répondants qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour un test de laboratoire.

ADMISSIBLES EN CE QUI CONCERNE LA CONNAISSANCE DU STATUT : Répondants qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour un test de laboratoire et ont indiqué leur statut sérologique)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Séroprévalence du VIH<sup>a</sup></b>						
Séropositivité	25 (13,6)	18 (18,9)	182 (23,1)	33 (11,1)	243 (12,5)	501 (15,1)
Séronégativité	159 (86,4)	77 (81,1)	607 (76,9)	264 (88,9)	1701 (87,5)	2808 (84,9)
(n)	184	95	789	297	1944	3309
<b>Connaissaient leur séropositivité<sup>b</sup></b>						
Connaissaient	21 (87,5)	13 (86,7)	148 (85,1)	24 (80,0)	179 (76,8)	385 (80,9)
Ignoraient	3 (12,5)	2 (13,3)	26 (14,9)	6 (20,0)	54 (23,2)	91 (19,1)
(n)	24	15	174	30	233	476

<sup>a</sup> Un résultat positif indique une infection actuelle par le VIH (d'après les résultats de l'analyse des GSS)

<sup>b</sup> Les répondants qui ont obtenu un résultat de laboratoire positif d'après l'analyse des GSS (échantillon biologique) et qui ont indiqué que leur plus récent test était positif ont été classés dans la catégorie « Connaissaient leur séropositivité ». Les répondants qui n'avaient jamais subi de test ou qui n'avaient pas reçu le résultat de leur plus récent test de même que les répondants qui ne connaissaient pas le résultat de leur dernier test ou ont indiqué que leur dernier test était négatif mais avaient obtenu un résultat positif à l'analyse des GSS (échantillon biologique) ont été classés dans la catégorie « Ignoraient leur séropositivité »

Les répondants ont été invités à fournir un échantillon anonyme de GSS pour le dépistage du VIH (pour plus de détails, prière de se reporter à la section 3.2.6.2). Sur les 4 793 hommes qui ont rempli un questionnaire—soit l'échantillon d'analyse de base pour le présent rapport—environ 70 % ont fourni un échantillon de GSS suffisant pour les tests. Onze autres participants ont fourni un échantillon de GSS dont la quantité était insuffisante (pour plus de détails sur la taille de l'échantillon et la fourniture d'un échantillon de GSS, prière de se reporter au tableau 1).

La prévalence générale du VIH chez les participants à M-Track qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour les tests en laboratoire était de 15,1 %, la proportion allant de 11,1 % à Ottawa à 23,1 % à Toronto. Un peu plus de 80 % des hommes séropositifs connaissaient leur statut sérologique, la proportion variant entre 76,8 % à Montréal et 87,5 % à Victoria.

#### 4.5.3 ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENT CONTRE LE VIH

**TABLEAU 30.** Antécédents de traitement contre le VIH

(ADMISSIBLES : Répondants qui se disaient être séropositifs pour le VIH)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Usage de médicaments contre le VIH</b>						
Tout usage, pour prévenir ou traiter l'infection à VIH						
Oui	20 (83,3)	13 (72,2)	192 (75,6)	34 (66,7)	139 (76,8)	398 (75,4)
Non	4 (16,7)	5 (27,8)	62 (24,4)	17 (33,3)	42 (23,2)	130 (24,6)
(n)	24	18	254	51	181	528
Manquante	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (2,3)	1 (2,0)	1 (<1,0)	8 (1,5)
Ne sais pas	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (<1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (<1,0)
<b>Total</b>	24	18	262	52	182	538
<b>Traitement actuel contre le VIH</b>						
Oui	14 (58,3)	9 (52,9)	176 (70,7)	25 (50,0)	117 (66,1)	341 (66,0)
Non	10 (41,7)	8 (47,1)	73 (29,3)	25 (50,0)	60 (33,9)	176 (34,0)
(n)	24	17	249	50	177	517
Manquante	0 (0,0)	1 (5,6)	10 (3,8)	2 (3,9)	5 (2,8)	18 (3,4)
Ne sais pas	0 (0,0)	-	3 (1,2)	0 (0,0)	—	3 (<1,0)
<b>Total</b>	24	18	262	52	182	538

Le tableau 30 donne un aperçu des antécédents de traitement contre le VIH chez les participants à M-Track qui se sont dits séropositifs. On leur a demandé s'ils avaient déjà pris des médicaments contre le VIH, soit pour prévenir ou traiter l'infection à VIH et, le cas échéant, s'ils prenaient actuellement des médicaments anti-VIH. Environ 75 % des participants qui se disaient séropositifs avaient déjà pris des médicaments contre le VIH et une plus faible proportion ont déclaré suivre actuellement un traitement contre le VIH (66,0 %). La proportion de participants qui se disaient séropositifs et qui avaient pris des médicaments contre le VIH (soit pour prévenir ou traiter l'infection à VIH) variait d'un site participant à l'autre, entre 66,7 % à Ottawa et 83,3 % à Victoria. La proportion de répondants qui suivaient actuellement un traitement contre le VIH variait entre 50,0 % à Ottawa et 70,7 % à Toronto.

## 4.6 AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Les participants à M-Track ont été interrogés concernant leurs antécédents de dépistage des ITSS, notamment l'infection à VHC, la gonorrhée et la syphilis. On leur a également demandé s'ils avaient déjà reçu un diagnostic d'ITSS. La présence d'anticorps contre le VHC et la syphilis a été recherchée dans les échantillons de GSS fournis par les participants (pour plus de détails sur l'analyse des échantillons biologiques, prière de se reporter à la section 3.2.6.2). La présente section compile les résultats sur les antécédents de dépistage des ITSS et les diagnostics auto-déclarés d'ITSS. On y présente également des données sur la séroprévalence du VHC et de la syphilis, de même que des données sur la séroprévalence concomitante ITSS-VIH, d'après les résultats des analyses en laboratoire des échantillons de GSS.

### 4.6.1 ANTÉCÉDENTS DE DÉPISTAGE DES ITSS

**TABLEAU 31** . Antécédents de dépistage des ITSS

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Ai déjà passé un test de dépistage :</b>						
<b>VHC</b>						
Oui	138 (73,4)	36 (60,0)	1092 (66,5)	277 (66,1)	1201 (67,1)	2744 (66,9)
Non	50 (26,6)	24 (40,0)	549 (33,5)	142 (33,9)	590 (32,9)	1355 (33,1)
<b>(n)</b>	<b>188</b>	<b>60</b>	<b>1641</b>	<b>419</b>	<b>1791</b>	<b>4099</b>
Manquante	9 (4,0)	42 (34,7)	112 (5,6)	21 (4,2)	39 (2,0)	223 (4,7)
Ne sais pas	27 (12,1)	12 (9,9)	234 (11,8)	64 (12,7)	127 (6,5)	464 (9,7)
Refus	—	7 (5,8)	—	—	—	7 (<1,0)
<b>Total</b>	<b>224</b>	<b>121</b>	<b>1987</b>	<b>504</b>	<b>1957</b>	<b>4793</b>
<b>Gonorrhée</b>						
Oui	129 (67,5)	32 (52,5)	1241 (71,9)	302 (67,7)	1098 (61,5)	2802 (66,6)
Non	62 (32,5)	29 (47,5)	485 (28,1)	144 (32,3)	688 (38,5)	1408 (33,4)
<b>(n)</b>	<b>191</b>	<b>61</b>	<b>1726</b>	<b>446</b>	<b>1786</b>	<b>4210</b>
Manquante	9 (4,0)	37 (30,6)	89 (4,5)	16 (3,2)	46 (2,4)	197 (4,1)
Ne sais pas	24 (10,7)	15 (12,4)	172 (8,7)	42 (8,3)	125 (6,4)	378 (7,9)
Refus	—	8 (6,6)	—	—	—	8 (<1,0)
<b>Total</b>	<b>224</b>	<b>121</b>	<b>1987</b>	<b>504</b>	<b>1957</b>	<b>4793</b>
<b>Syphilis</b>						
Oui	115 (65,0)	26 (39,4)	1187 (68,4)	288 (65,2)	1017 (57,1)	2633 (62,6)
Non	62 (35,0)	40 (60,6)	549 (31,6)	154 (34,8)	765 (42,9)	1570 (37,4)
<b>(n)</b>	<b>177</b>	<b>66</b>	<b>1736</b>	<b>442</b>	<b>1782</b>	<b>4203</b>
Manquante	10 (4,5)	32 (26,4)	104 (5,2)	19 (3,8)	44 (2,2)	209 (4,4)
Ne sais pas	37 (16,5)	16 (13,2)	147 (7,4)	43 (8,5)	131 (6,7)	374 (7,8)
Refus	—	7 (5,8)	—	—	—	7 (<1,0)
<b>Total</b>	<b>224</b>	<b>121</b>	<b>1987</b>	<b>504</b>	<b>1957</b>	<b>4793</b>

**TABLEAU 32 .** Fréquence du dépistage des ITSS au cours des deux années précédentes

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont déjà passé un test de dépistage de l'infection à VHC, de la gonorrhée et de la syphilis, respectivement)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Infection à VHC</b>						
Pas passé de test	38 (31,4)	1 (5,6)	183 (20,2)	60 (24,3)	1 (<1,0)	283 (13,4)
1 fois	36 (29,8)	9 (50,0)	383 (42,2)	90 (36,4)	395 (48,2)	913 (43,2)
2 fois	23 (19,0)	3 (16,7)	196 (21,6)	54 (21,9)	242 (29,5)	518 (24,5)
3-5 fois	16 (13,2)	5 (27,8)	113 (12,5)	35 (14,2)	143 (17,5)	312 (14,8)
> 5 fois	8 (6,6)	0 (0,0)	33 (3,6)	8 (3,2)	38 (4,5)	87 (4,1)
(n)	121	18	908	247	819	2113
Manquante	17 (12,3)	18 (50,0) <sup>a</sup>	184 (16,8)	30 (10,8)	382 (31,8)	631 (23,0)
Total	138	36	1092	277	1201	2744
<b>Gonorrhée</b>						
Pas passé de test	41 (34,7)	2 (10,0)	275 (25,9)	73 (26,3)	1 (<1,0)	392 (17,1)
1 fois	35 (29,7)	8 (40,0)	329 (31,0)	86 (30,9)	324 (39,5)	782 (34,0)
2 fois	16 (13,6)	5 (25,0)	266 (25,1)	61 (21,9)	266 (32,4)	614 (26,7)
3-5 fois	19 (16,1)	5 (25,0)	164 (15,5)	50 (18,0)	189 (23,0)	427 (18,6)
> 5 fois	7 (5,9)	0 (0,0)	27 (2,5)	8 (2,9)	41 (5,0)	83 (3,6)
(n)	118	20	1061	278	821	2298
Manquante	11 (8,5)	12 (37,5) <sup>a</sup>	180 (14,5)	24 (7,9)	277 (25,2)	504 (18,0)
Total	129	32	1241	302	1098	2802
<b>Syphilis</b>						
Pas passé de test	35 (33,7)	1 (6,7)	201 (19,0)	56 (20,9)	1 (<1,0)	294 (13,1)
1 fois	28 (26,9)	7 (46,7)	377 (35,6)	83 (31,0)	332 (41,4)	827 (36,8)
2 fois	20 (19,2)	3 (20,0)	275 (26,0)	69 (25,7)	261 (32,5)	628 (27,9)
3-5 fois	16 (15,4)	4 (26,7)	173 (16,4)	53 (19,8)	169 (21,1)	415 (18,5)
> 5 fois	5 (4,8)	0 (0,0)	32 (3,0)	7 (2,6)	39 (4,9)	83 (3,7)
(n)	104	15	1058	268	802	2247
Manquante	11 (9,6)	11 (42,3) <sup>a</sup>	129 (10,9)	20 (6,9)	215 (21,1)	386 (14,7)
Total	115	26	1187	288	1017	2633

<sup>a</sup> Les différences dans la présentation générale des questions, en particulier dans les catégories de réponses, expliquent possiblement la plus grande fréquence de données manquantes à Winnipeg.

On a demandé aux répondants s'ils avaient déjà passé des tests de dépistage de l'infection à VHC, de la gonorrhée et de la syphilis (tableau 31). Dans l'ensemble, une proportion similaire de répondants ont dit avoir subi un test de dépistage du VHC (66,9 %), de la gonorrhée (66,6 %) et la syphilis (62,6 %). La proportion de participants qui ont répondu avoir déjà subi un test de dépistage du VHC variait entre 60,0 % à Winnipeg et 73,4 % à Victoria. Dans le cas de la gonorrhée, les proportions variaient entre 52,5 % à Winnipeg et 71,9 % à Toronto et dans le cas de la syphilis, entre 39,4 % à Winnipeg et 68,4 % à Toronto.

Les répondants qui ont déclaré avoir déjà subi un test pour chacune des infections présentées au tableau 31 devaient indiquer à quelle fréquence ils avaient été testés au cours des deux années précédentes (tableau 32). La majorité d'entre eux avaient passé au moins un test au cours de cette période, la proportion allant de 82,9 % pour la gonorrhée à 86,9 % pour la syphilis. Environ la moitié de tous les répondants qui avaient déjà passé un test de dépistage avaient été testés deux fois ou plus au cours des deux années précédentes pour chaque infection (43,4 % pour l'infection à VHC, 48,9 % pour la gonorrhée et 50,1 % pour la syphilis).

La fréquence de dépistage variait d'un site à l'autre et la proportion de répondants ayant été testés au moins une fois au cours des deux années précédentes était inmanquablement plus faible à Victoria (65,3 % pour la gonorrhée et 68,6 % pour l'infection à VHC) et toujours plus élevée à Montréal (99,9 % pour les trois infections). Le fait qu'il manque très souvent des données pour ces questions limite cependant l'interprétation des résultats. La catégorie « Ne sais pas » ne figurait pas dans la liste des réponses à la question sur la fréquence du dépistage, ce qui peut avoir eu un effet négatif sur les taux de réponse, vu que les répondants ignorant à quelle fréquence ils avaient été testés n'ont fourni aucune information.

#### 4.6.2 ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS D'ITSS ET SÉROPRÉVALENCE À VIE DE L'INFECTION À VHC ET DE LA SYPHILIS

**TABLEAU 33 .** Antécédents déclarés d'ITSS diagnostiquées

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Gonorrhée</b>						
Oui	32 (14,9)	14 (12,6)	423 (23,2)	70 (14,8)	406 (21,9)	945 (21,1)
Non	183 (85,1)	97 (87,4)	1402 (76,8)	404 (85,2)	1451 (78,1)	3537 (78,9)
(n)	215	111	1825	474	1857	4482
Manquante	9 (4,0)	10 (8,3)	162 (8,2)	30 (6,0)	100 (5,1)	311 (6,5)
Total	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Verrues génitales ou anales</b>						
Oui	33 (15,3)	6 (5,6)	302 (16,5)	69 (14,6)	312 (16,9)	722 (16,2)
Non	182 (84,7)	101 (94,4)	1523 (83,5)	405 (85,4)	1530 (83,1)	3741 (83,8)
(n)	215	107	1825	474	1842	4463
Manquante	9 (4,0)	14 (11,6)	162 (8,2)	30 (6,0)	115 (5,9)	330 (6,9)
Total	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i></b>						
Oui	17 (7,9)	15 (13,4)	231 (12,7)	44 (9,3)	193 (10,5)	500 (11,2)
Non	198 (92,1)	97 (86,6)	1594 (87,3)	430 (90,7)	1637 (89,5)	3956 (88,8)
(n)	215	112	1825	474	1830	4456
Manquante	9 (4,0)	9 (7,4)	162 (8,2)	30 (6,0)	127 (6,5)	337 (7,0)
Total	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Hépatite B</b>						
Oui	13 (6,0)	7 (6,7)	133 (7,3)	27 (5,7)	152 (8,3)	332 (7,5)
Non	202 (94,0)	98 (93,3)	1692 (92,7)	447 (94,3)	1669 (91,7)	4108 (92,5)
(n)	215	105	1825	474	1821	4440
Manquante	9 (4,0)	16 (13,2)	162 (8,2)	30 (6,0)	136 (6,9)	353 (7,4)
Total	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Herpès génital</b>						
Oui	14 (6,5)	3 (2,9)	120 (6,6)	36 (7,6)	121 (6,6)	294 (6,6)
Non	201 (93,5)	99 (97,1)	1705 (93,4)	438 (92,4)	1704 (93,4)	4147 (93,4)
(n)	215	102	1825	474	1825	4441
Manquante	9 (4,0)	19 (15,7)	162 (8,2)	30 (6,0)	132 (6,7)	352 (7,3)
Total	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Syphilis</b>						
Oui	13 (6,0)	8 (7,4)	157 (8,6)	26 (5,5)	87 (4,7)	291 (6,5)
Non	202 (94,0)	100 (92,6)	1668 (91,4)	448 (94,5)	1749 (95,3)	4167 (93,5)
(n)	215	108	1825	474	1836	4458
Manquante	9 (4,0)	13 (10,7)	162 (8,2)	30 (6,0)	121 (6,2)	335 (7,0)
Total	224	121	1987	504	1957	4793
<b>Hépatite A<sup>a</sup></b>						
Oui	9 (4,2)	9 (8,7)	121 (6,6)	23 (4,9)	90 (5,0)	252 (5,7)
Non	206 (95,8)	95 (91,3)	1704 (93,4)	451 (95,1)	1718 (95,0)	4174 (94,3)
(n)	215	104	1825	474	1808	4426
Manquante	9 (4,0)	17 (14,0)	162 (8,2)	30 (6,0)	149 (7,6)	367 (7,7)
Total	224	121	1987	504	1957	4793

<sup>a</sup> L'hépatite A est causée par un entéropathogène qui peut être transmis sexuellement lors de contacts oro-anaux<sup>19</sup>

On a demandé à tous les répondants si un médecin ou une infirmière leur avait déjà dit qu'ils souffraient ou avaient souffert d'une des infections énumérées au tableau 33. Dans l'ensemble, la proportion de participants qui avaient déjà contracté une de ces infections au cours de leur vie variait entre 5,7 % pour l'hépatite A et 21,1 % pour la gonorrhée. Les proportions variaient également d'un site à l'autre. Les proportions pour la gonorrhée allaient de 12,6 % à Winnipeg à 23,2 % à Toronto. Pour les verrues génitales ou anales, les proportions variaient entre 5,6 % à Winnipeg et 16,9 % à Montréal; pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* entre 7,9 % à Victoria et 13,4 % à Winnipeg; pour l'herpès génital, entre 2,9 % à Winnipeg et 7,6 % à Ottawa; et pour la syphilis, entre 4,7 % à Montréal et 8,6 % à Toronto. La proportion des répondants ayant déjà souffert d'hépatite A oscillait entre 4,2 % à Victoria et 8,7 % à Winnipeg et dans le cas de l'hépatite B, entre 5,7 % à Ottawa et 8,3 % à Montréal.

**TABLEAU 34 .** Résultat auto-déclaré du plus récent test de dépistage du VHC

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont déjà passé un test de dépistage du VHC)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
Positivité	7 (5,2)	5 (15,2)	54 (5,2)	9 (3,4)	74 (6,3)	149 (5,7)
Négativité	123 (90,4)	28 (84,8)	930 (90,4)	232 (88,5)	977 (83,3)	2290 (87,0)
Statut inconnu <sup>a</sup>	6 (4,4)	0 (0,0)	45 (4,4)	21 (8,0)	122 (10,4)	194 (7,4)
(n)	136	33	1029	262	1173	2633
Manquante	2 (1,5)	3 (8,3)	63 (5,8)	15 (5,4)	28 (2,3)	111 (4,0)
Total	138	36	1092	277	1201	2744

<sup>a</sup> « Statut inconnu » inclut les répondants qui n'ont pas reçu les résultats de leur plus récent test de dépistage du VHC, de même que ceux qui ne connaissent pas les résultats de leur plus récent test de dépistage du VHC.

Les répondants qui ont dit avoir déjà passé un test de dépistage du VHC devaient également indiquer le résultat de leur plus récent test (tableau 34). Dans l'ensemble, 5,7 % des répondants ont déclaré que leur dernier test de dépistage du VHC était positif, la proportion variant entre 3,4 % à Ottawa et 15,2 % à Winnipeg.

**TABLEAU 35 .** Séroprévalence de la syphilis et de l'infection à VHC

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour le dépistage)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Syphilis<sup>a</sup></b>						
Positivité	7 (3,8)	3 (3,3)	78 (10,0)	19 (6,6)	98 (5,1)	205 (6,3)
Négativité	177 (96,2)	88 (96,7)	700 (90,0)	270 (93,4)	1819 (94,4)	3054 (93,4)
Statut indéterminé	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (<1,0)	10 (<1,0)
Total	184	91	778	289	1927	3269
<b>VHC<sup>b</sup></b>						
Positivité	5 (2,7)	18 (19,4)	38 (4,9)	6 (2,0)	106 (5,5)	173 (5,3)
Négativité	179 (97,3)	75 (80,6)	742 (95,1)	287 (98,0)	1836 (94,5)	3119 (94,7)
Total	184	93	780	293	1942	3292

<sup>a</sup> Un résultat positif indique une infection syphilitique actuelle ou passée

<sup>b</sup> Un résultat positif indique une infection actuelle ou passée par le VHC et ne permet pas de distinguer les infections aiguës des infections chroniques ou résolues

Les répondants ont été invités à fournir un échantillon de GSS, qui a été soumis à un test de dépistage du VHC et de la syphilis. Parmi ceux qui ont fourni un échantillon en quantité suffisante pour le dépistage, 6,3 % présentaient des anticorps contre la syphilis, la proportion variant entre 3,3 % à Winnipeg et 10,0 % à Toronto. En général, 5,3 % des échantillons étaient positifs pour le VHC, la proportion allant de 2,0 % à Ottawa à 19,4 % à Winnipeg.



**TABLEAU 36 . Co-séropositivité pour le VIH et le VHC**

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour le dépistage du VIH et du VHC)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Séroprévalence<sup>a</sup></b>						
VIH négatifs/VHC négatifs	157 (85,3)	65 (69,9)	584 (75,0)	261 (89,1)	1627 (83,8)	2694 (81,9)
VIH positifs/VHC négatifs	22 (12,0)	10 (10,8)	157 (20,2)	26 (8,9)	209 (10,8)	424 (12,9)
VIH négatifs/VHC positifs	2 (1,1)	10 (10,8)	16 (2,1)	1 (< 1,0)	72 (3,7)	101 (3,1)
VIH positifs/VHC positifs (co séropositivité VIH/VHC)	3 (1,6)	8 (8,6)	22 (2,8)	5 (1,7)	34 (1,8)	72 (2,2)
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>93</b>	<b>779</b>	<b>293</b>	<b>1942</b>	<b>3291</b>

<sup>a</sup> Un résultat positif pour le VIH indique une infection actuelle par le VIH; un résultat positif pour le VHC indique une infection actuelle ou passée par le VHC et ne permet pas de distinguer les infections aiguës des infections chroniques ou résolues

**TABLEAU 37 . Co-séropositivité pour le VIH et la syphilis**

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour le dépistage du VIH et de la syphilis)

	Victoria n (%)	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total n (%)
<b>Séroprévalence<sup>a</sup></b>						
Négatifs pour le VIH/ négatifs pour la syphilis	154 (83,7)	70 (77,8)	567 (72,9)	244 (84,4)	1626 (84,4)	2661 (81,5)
Positifs pour le VIH/ négatifs pour la syphilis	23 (12,5)	17 (18,9)	133 (17,1)	26 (9,0)	192 (10,0)	391 (12,0)
Négatifs pour le VIH/ positifs pour la syphilis	5 (2,7)	3 (3,3)	34 (4,4)	14 (4,8)	56 (2,9)	112 (3,4)
Positifs pour le VIH/positifs pour la syphilis (co-séropositivité VIH/syphilis)	2 (1,1)	0 (0,0)	44 (5,7)	5 (1,7)	42 (2,2)	93 (2,9)
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>90</b>	<b>778</b>	<b>289</b>	<b>1926b</b>	<b>3267</b>

<sup>a</sup> Un résultat positif pour le VIH indique une infection actuelle par le VIH; un résultat positif pour la syphilis indique une infection syphilitique actuelle ou passée

<sup>b</sup> Le dénominateur total inclut 10 répondants qui ont fourni un échantillon de GSS suffisant pour le dépistage, mais dont le résultat au test de la syphilis était « indéterminé ». Ces répondants sont donc inclus dans le dénominateur, mais ne figurent pas dans les catégories présentées dans le tableau

Le tableau 36 et le tableau 37 présentent des données sur la co-séropositivité VIH-VHC et la co-séropositivité VIH-syphilis chez les hommes qui ont fourni un échantillon de GSS suffisant pour le dépistage des deux infections.

Le tableau 36 montre que la plupart des hommes étaient séronégatifs tant pour le VIH que pour le VHC (81,9 %), la proportion allant de 69,9 % à Winnipeg à 89,1 % à Ottawa. Une très faible proportion d'hommes étaient séropositifs à la fois pour le VIH et pour le VHC (2,2 %), la proportion variant entre 1,6 % à Victoria et 8,6 % à Winnipeg. En général, les résultats étaient similaires d'un site à l'autre, sauf à Winnipeg, où la proportion d'hommes séropositifs et pour le VIH et pour le VHC était plus élevée et où la proportion d'hommes qui étaient séronégatifs pour le VIH comme pour le VHC était la plus faible.

Le tableau 37 indique également que la plupart des hommes étaient séronégatifs tant pour le VIH que pour la syphilis (81,5 %), la proportion variant entre 72,9 % à Toronto et 84,4 % à Ottawa et à Montréal. Environ 3 % étaient séropositifs et pour le VIH et pour la syphilis, la proportion oscillant entre 0 % à Winnipeg et 5,7 % à Toronto.

#### 4.7 CONNAISSANCES ET SUPPOSITIONS CONCERNANT L'INFECTION À VIH, À VHC ET D'AUTRES ITSS

Le fait d'être bien informé sur la transmission et la prévention de l'infection à VIH et d'autres ITSS peut inciter à adopter des pratiques sexuelles plus saines et à réduire les risques associés à certains comportements sexuels et à l'usage de drogues. La présente section fournit des données sur les suppositions des participants en ce qui concerne l'infection à VIH et d'autres ITSS, l'accent étant mis sur les mythes et les idées fausses.

**TABEAU 38** . Connaissances et suppositions concernant la transmission de l'infection à VIH, à VHC et d'autres ITSS

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total <sup>a</sup> n (%)
<b>Avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté peut réduire le risque de transmission du VIH<sup>a</sup></b>					
Oui	<b>80 (69,0)</b>	<b>1542 (83,0)</b>	<b>415 (87,2)</b>	—	<b>2037 (83,2)</b>
Non	28 (24,1)	281 (15,1)	57 (12,0)	—	366 (14,9)
Ne sais pas	8 (6,9)	35 (1,9)	4 (<1,0)	—	47 (1,9)
(n)	<b>116</b>	<b>1858</b>	<b>476</b>	—	<b>2450</b>
Manquante	3 (2,5)	129 (6,5)	28 (5,6)	—	160 (6,1)
Refus	2 (1,7)	—	—	—	2 (<1,0)
Total	121	1987	504	—	2612
<b>Les gens peuvent se protéger contre le VIH, le virus qui cause le sida, en utilisant un condom correctement à chaque fois qu'ils ont des relations sexuelles anales</b>					
Oui	<b>95 (80,5)</b>	<b>1751 (93,7)</b>	<b>445 (92,7)</b>	<b>1581 (83,7)</b>	<b>3872 (88,9)</b>
Non	19 (16,1)	92 (4,9)	27 (5,6)	214 (11,3)	352 (8,1)
Ne sais pas	4 (3,4)	26 (1,4)	8 (1,7)	93 (4,9)	131 (3,0)
(n)	<b>118</b>	<b>1869</b>	<b>480</b>	<b>1888</b>	<b>4355</b>
Manquante	2 (1,7)	118 (5,9)	24 (4,8)	69 (3,5)	213 (4,7)
Refus	1 (<1,0)	—	—	—	1 (<1,0)
Total	121	1987	504	1957	4569
<b>La syphilis peut être transmise lors de relations sexuelles orales non protégées</b>					
Oui	<b>85 (72,7)</b>	<b>1554 (83,9)</b>	<b>382 (80,3)</b>	<b>1387 (73,0)</b>	<b>3408 (78,4)</b>
Non	11 (9,4)	61 (3,3)	12 (2,5)	131 (6,9)	215 (4,9)
Ne sais pas	21 (17,9)	238 (12,8)	82 (17,2)	383 (20,1)	724 (16,7)
(n)	<b>117</b>	<b>1853</b>	<b>476</b>	<b>1901</b>	<b>4347</b>
Manquante	4 (3,3)	134 (6,7)	28 (5,6)	56 (2,9)	222 (4,9)
Total	121	1987	504	1957	4569

<sup>a</sup> Cette catégorie ne figurait pas dans la liste des réponses dans l'enquête à Montréal<sup>b</sup> Victoria n'est pas incluse dans ce tableau, car ces questions n'ont pas été posées aux participants

Nota : Les bonnes réponses apparaissent en caractères gras

Pour aider à évaluer les connaissances relatives à la transmission de l'infection à VIH et d'autres ITSS chez les HARSAH, on a demandé à tous les participants à M-Track (sauf à Victoria) d'indiquer s'ils étaient d'accord avec les énoncés concernant la transmission de l'infection à VIH et d'autres ITSS énumérées au tableau 38. La plupart des hommes ont bien répondu en disant qu'« Avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté peut réduire le risque de transmission du VIH » (83,2 %), que « Les gens peuvent se protéger contre le VIH en utilisant un condom correctement chaque fois qu'ils ont des relations sexuelles anales » (88,9 %) et que « La syphilis peut être transmise lors de relations sexuelles orales non protégées » (78,4 %). Il reste que 16,8 %, 11,1 % et 21,6 % ont soit mal répondu à ces questions ou n'en connaissaient pas la réponse. Les connaissances concernant la transmission de l'infection à VIH et d'autres ITSS étaient similaires d'un site à l'autre, sauf à Winnipeg, où la proportion d'hommes qui ont choisi la bonne réponse était toujours plus faible que dans les autres sites.

**TABLEAU 39 . Mythes et idées fausses concernant l'infection à VIH, à VHC et d'autres ITSS**

(ADMISSIBLES : Tous les sujets interrogés)

	Winnipeg n (%)	Toronto n (%)	Ottawa n (%)	Montréal n (%)	Total <sup>a</sup> n (%)
<b>Une personne d'apparence saine peut être infectée par le VIH<sup>a</sup></b>					
Oui	102 (85,7)	1762 (94,4)	456 (95,4)	—	2320 (94,1)
Non	12 (10,1)	86 (4,6)	17 (3,6)	—	115 (4,7)
Ne sais pas	5 (4,2)	19 (1,0)	5 (1,0)	—	29 (1,2)
(n)	119	1867	478	—	2464
Manquante	2 (1,7)	120 (6,0)	26 (5,2)	—	148 (5,7)
Total	121	1987	504	—	2612
<b>À l'heure actuelle, il existe un traitement contre le VHC</b>					
Oui	70 (58,8)	640 (34,7)	128 (26,8)	517 (27,4)	1355 (31,3)
Non	23 (19,3)	574 (31,1)	156 (32,6)	733 (38,9)	1486 (34,3)
Ne sais pas	26 (21,8)	633 (34,3)	194 (40,6)	634 (33,7)	1487 (34,4)
(n)	119	1847	478	1884	4328
Manquante	2 (1,7)	140 (7,0)	26 (5,2)	73 (3,7)	241 (5,3)
Total	121	1987	504	1957	4569
<b>J'aurais forcément des symptômes si j'étais infecté par le VHC</b>					
Oui	29 (24,4)	316 (17,1)	55 (11,5)	534 (28,2)	934 (21,5)
Non	60 (50,4)	1186 (64,2)	330 (69,0)	960 (50,8)	2536 (58,5)
Ne sais pas	30 (25,2)	346 (18,7)	93 (19,5)	397 (21,0)	866 (20,0)
(n)	119	1848	478	1891	4336
Manquante	2 (1,7)	139 (7,0)	26 (5,2)	66 (3,4)	233 (5,1)
Total	121	1987	504	1957	4569
<b>J'aurais forcément des symptômes si j'avais contracté une ITS</b>					
Oui	26 (21,8)	263 (14,2)	40 (8,4)	437 (23,1)	766 (17,6)
Non	71 (59,7)	1445 (77,9)	407 (85,3)	1309 (69,1)	3232 (74,4)
Ne sais pas	22 (18,5)	147 (7,9)	30 (6,3)	147 (7,8)	346 (8,0)
(n)	119	1855	477	1893	4344
Manquante	2 (1,7)	132 (6,6)	27 (5,4)	64 (3,3)	225 (4,9)
Total	121	1987	504	1957	4569

<sup>a</sup> Cette catégorie ne figurait pas dans la liste des réponses dans l'enquête à Montréal<sup>b</sup> Victoria n'est pas incluse dans ce tableau, car ces questions n'ont pas été posées aux participants

Nota : Les bonnes réponses apparaissent en caractères gras

Sauf à Victoria, tous les participants à M-Track ont dû indiquer s'ils étaient d'accord avec les énoncés relatifs à certains mythes et idées fausses concernant l'infection à VIH et d'autres ITSS énumérés au tableau 39. Presque tous les hommes ont correctement répondu qu'« Une personne d'apparence saine peut être infectée par le VIH » (94,1 %). Près des trois quarts savaient également qu'ils n'auraient pas nécessairement des symptômes s'ils contractaient une ITS (74,4 %); une plus faible proportion ont bien répondu en disant qu'ils n'auraient pas forcément des symptômes s'ils étaient infectés par le VHC (58,5 %). Une proportion importante (68,7 %) d'hommes ne croyaient pas ou ne savaient pas qu'il existait actuellement un traitement contre le VHC. Winnipeg faisait figure d'exception à cet égard; une majorité des répondants dans ce site savaient qu'il existait un traitement contre le VHC (58,8 %).

## 5. DISCUSSION

### 5.1 RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

Les résultats présentés dans le rapport fournissent un important point de référence pour surveiller les tendances dans la prévalence de l'infection à VIH, à VHC et de la syphilis de même que les habitudes en matière de dépistage et des changements dans les comportements associés à l'acquisition et à la transmission de ces infections chez les HARSAH des sites de surveillance participants au Canada. Cette dernière section résume en général les résultats de surveillance de la phase 1 de M-Track (sections 5.1.1-5.1.6). Elle fait également ressortir les principaux points forts et limites de l'enquête (section 5.2) et donne un bref aperçu des prochaines étapes de M-Track (section 5.3).

#### 5.1.1 APERÇU DES PARTICIPANTS ET CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Le questionnaire de M-Track a permis de recueillir des données sur les caractéristiques socio-démographiques des participants. Combinées aux données sur le lieu de recrutement, les données socio-démographiques aident à caractériser les participants inclus dans le rapport et à orienter l'interprétation des résultats sur les comportements à risque et des résultats des tests de détection en laboratoire du VIH, du VHC et de la syphilis. Le type et le nombre de lieux utilisés pour recruter des participants à l'enquête variaient d'un site sentinelle à l'autre. Près de la moitié de tous les hommes qui ont pris part à la phase 1 de M-Track ont été recrutés dans des bars, et un nombre important ont également été recrutés lors d'événements, ou au sein d'associations ou dans des bains publics. Les différences d'un site à l'autre en ce qui concerne la distribution des lieux de recrutement expliquent probablement en partie les variations dans les résultats selon les sites, car différents lieux attirent différents segments de la population.

Le profil socio-démographique des participants à la phase 1 de M-Track est similaire à celui des participants à d'autres études portant sur les HARSAH au Canada, de même qu'à celui des HARSAH qui ont été examinés par le National HIV Behavioral Surveillance System (NHBS) aux États-Unis<sup>20,21,23</sup>. Une majorité de répondants à M-Track étaient âgés entre 30 et 49 ans (54 %), une proportion plus faible étaient âgés entre 15 et 29 ans (26 %) ou avaient plus de 50 ans (20 %). L'âge moyen et médian de tous les participants à M-Track était de 39 ans. Comme d'autres l'ont souligné, cette distribution commune par âge des échantillons d'HARSAH canadiens est probablement liée à une capacité accrue avec l'âge de composer avec la stigmatisation sociale associée à la fréquentation de lieux et d'événements destinés aux homosexuels<sup>23</sup>.

L'âge, le revenu personnel et le niveau de scolarité sont souvent corrélés les uns avec les autres. Environ le tiers des participants à M-Track ont déclaré un revenu personnel annuel de 50 000 \$ ou plus, 20 % d'entre eux gagnant plus de 60 000 \$ par année. Il reste que plus de 10 % des hommes ont indiqué un revenu personnel annuel de 10 000 \$ ou moins ou n'ont fait état d'aucun revenu. Pour ce qui est du plus haut niveau de scolarité atteint, environ 60 % de l'échantillon avait obtenu au moins un diplôme collégial ou universitaire. Des études transversales d'HARSAH au Canada ont montré que les populations gaies sont en général très scolarisées<sup>21,23</sup>, en particulier par rapport à l'ensemble de la population masculine canadienne de 25 à 64 ans. Selon les données du recensement canadien de 2006, 44,8 % des hommes âgés entre 25 et 64 ans détenaient un diplôme collégial/universitaire<sup>25</sup>. En général, le revenu personnel des répondants à M-Track augmentait avec l'âge et avec le niveau de scolarité (données non illustrées dans le rapport).

À la question sur l'origine ethnique ou culturelle, la majorité des hommes ont répondu qu'ils s'identifiaient le plus au groupe nord-américain (72,4 %). Dans l'ensemble, 2,8 % des participants s'identifiaient le plus [au groupe autochtone:] mais 6 % de l'échantillon ont signalé une origine autochtone (ces dernières données ne sont pas illustrées dans le rapport). À Winnipeg, près de la moitié des participants s'identifiaient le plus au groupe autochtone (49,4 %). Parmi les autres origines ethniques couramment signalées par les participants figuraient : asiatique de l'Est et du Sud-Est (4,2 %), sud-européen (3,4 %), latino-américain (3,4 %), des Îles britanniques (3,3 %) et africain/des Caraïbes (2,6 %), les pourcentages variant quelque peu d'un site sentinelle à l'autre. Environ la moitié de l'ensemble des répondants citaient l'anglais comme première langue parlée. Une proportion importante de l'échantillon utilisait le français comme première langue, en partie à cause de la forte proportion de francophones d'origine qui ont participé à l'enquête à Montréal (80,9 %) et du grand nombre de répondants à Ottawa qui ont coché le français comme première langue (26,9 %).

À la question sur l'orientation sexuelle, la grande majorité des hommes qui ont participé à M-Track ont répondu qu'ils étaient homosexuels (82 %) et 14 % qu'ils étaient bisexuels.

Les caractéristiques socio-démographiques des participants à M-Track étaient généralement comparables d'un site sentinelle à l'autre. Winnipeg constituait une anomalie, vu qu'on y retrouvait, semble-t-il, des hommes dont le niveau socio-économique était relativement plus faible.

### 5.1.2 VIE SEXUELLE ET AUTRES PRATIQUES

Des recherches récentes indiquent que certains sous-groupes d'HARSAH continuent de courir un risque important d'infection à VIH en s'adonnant à des pratiques sexuelles risquées, telles que des RANP avec des partenaires sérodiscordants ou des partenaires de statut sérologique inconnu. D'autres recherches semblent montrer que les hommes qui adoptent des comportements à risque élevé se livrent en général à d'autres comportements plus risqués, constituant ainsi des noyaux de sujets à plus haut risque d'acquisition et de transmission du VIH. Par exemple, les hommes qui adoptent des comportements plus risqués ou qui cherchent des partenaires sexuels dans des milieux plus dangereux, tels que les bains publics, ont également le plus souvent des relations sexuelles ou recherchent des partenaires sexuels dans des milieux à plus haut risque, tels que des endroits publics et des sites Internet<sup>4,26-31</sup>.

Les participants à M-Track ont fréquemment déclaré avoir cherché des partenaires sexuels dans divers endroits publics et lieux de socialisation au cours des six mois précédant l'enquête. Par exemple, près du quart des hommes ont cherché des partenaires sexuels dans des lieux de socialisation, comme les organisations/événements communautaires, les associations de gais et d'autres groupes de loisir (24 %) de même que dans des endroits publics, comme les parcs et les toilettes publiques (22 %). Une forte proportion d'hommes ont cherché également des partenaires sexuels dans des bars (56 %), des saunas (41 %) et sur Internet (39 %) au cours des six mois précédents. Certains chercheurs canadiens examinent le rôle d'Internet dans la vie sexuelle des HARSAH et la façon dont les partenariats tissés sur Internet peuvent être liés à des relations sexuelles à risque<sup>32</sup>. D'autres recherches s'imposent sur les facteurs contextuels qui amènent les hommes à chercher des partenaires sexuels sur Internet et qui influent sur leurs relations sexuelles subséquentes<sup>32</sup>.

Pour ce qui est du nombre et de la proportion d'hommes qui cherchaient des partenaires sexuels dans les endroits publics, les variations selon les sites peuvent en partie résulter de différences dans les stratégies de recrutement d'un site sentinelle à l'autre, vu que certains endroits publics ont servi de lieu de recrutement. Ces résultats peuvent également rendre compte de différences dans l'accessibilité des lieux, étant donné que certaines grandes villes comptent un plus grand nombre de bars et de saunas fréquentés par les homosexuels.

Des recherches indiquent que les relations anales non protégées continuent d'être le mode le plus probable de transmission du VIH chez la plupart des HARSAH<sup>33</sup>. Parmi les facteurs spécifiques de risque de séroconversion anti-VIH, citons les relations anales avec un partenaire sérodiscordant, occasionnel ou commercial<sup>33</sup>, de même que le grand nombre de partenaires sexuels occasionnels<sup>33</sup>.

La majorité des participants à M-Track qui avaient eu des relations sexuelles (orales ou anales) avec un homme au cours des six mois précédant l'étude ont également indiqué avoir eu des relations anales avec au moins un homme au cours de la même période (60,4 %), et près de 40 % ont eu des relations anales avec plusieurs partenaires masculins au cours de la même période.

Les répondants qui ont eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin au cours des six mois précédents ont également été invités à donner plus de détails sur leurs activités sexuelles avec des partenaires réguliers, occasionnels, commerciaux et des partenaires féminines au cours de cette période. La définition d'un partenaire régulier, occasionnel et commercial est en général similaire mais non identique dans les différentes études scientifiques, ce qui limite les comparaisons directes. Dans la phase 1 de M-Track, un partenaire régulier était défini comme un homme avec lequel le répondant avait eu des relations sexuelles au moins deux fois. Un partenaire occasionnel était un homme avec lequel le répondant avait eu des relations sexuelles seulement une fois (p. ex. une « affaire d'un soir » ou une rencontre dans un bain public). Aucune des deux définitions n'incluait les hommes avec lesquels le répondant avait échangé de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services contre des relations sexuelles (c.-à-d. partenaires sexuels commerciaux).

Si on se base sur ces définitions, près de 80 % de ceux qui avaient eu un partenaire sexuel masculin au cours des six mois précédents ont dit avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin régulier. Une proportion similaire ont répondu avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin occasionnel. Près de la moitié des hommes, cependant, n'ont déclaré qu'un seul partenaire sexuel régulier (44,5 %), tandis que 33,5 % signalaient plusieurs partenaires masculins réguliers (> 1). La majorité avaient eu des relations sexuelles avec plusieurs partenaires occasionnels (63,4 %). Ces résultats concordent avec ceux d'études récentes qui montrent que les relations sexuelles avec des partenaires occasionnels sont fréquentes chez les HARSAH; ces études ont toutefois relevé que la majorité des hommes interrogés continuent d'adopter des pratiques sexuelles sans risque<sup>23,33,34</sup>. Dans une certaine mesure, ce dernier constat concorde avec les données de base de l'enquête M-Track exposées dans le présent rapport. Un peu plus de 60 % des hommes avaient utilisé un condom lors de leur dernière relation anale, mais environ 55 % ont dit avoir eu au moins une RANP avec un autre homme au cours des six mois précédents (tous les types de partenaires). Près de la moitié des hommes ayant eu un partenaire occasionnel ont toujours utilisé un condom (« tout le temps ») durant les relations sexuelles anales actives (47,0 %) et passives (49,6 %).

À la question sur les relations sexuelles commerciales au cours des six mois précédents, environ 10 % des hommes ont signalé indépendamment avoir donné ou reçu de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles. Une petite minorité avait également eu des partenaires féminines (11,8 %); la proportion de ceux qui signalaient des partenaires féminines était sensiblement plus élevée à Winnipeg, où près du tiers des répondants avaient eu des relations sexuelles avec une femme (30,6 %).

Des variations sont à prévoir dans le nombre et le type de partenaires sexuels relevés dans un système de surveillance d'une telle ampleur. Ces variations résultent d'une combinaison de facteurs, entre autres des différences dans les méthodes d'échantillonnage, de la taille relative de la communauté gaie dans un site sentinelle donné, de l'accès à des lieux fréquentés spécialement par des homosexuels dans la communauté et de différences dans les comportements sexuels à l'intérieur d'un site et d'un site à l'autre.

Les RANP (en particulier les RANP passives) avec un partenaire dont le statut à l'égard du VIH est positif ou inconnu continuent d'être le principal facteur de risque de séroconversion anti-VIH chez les HARSAH<sup>31,33,35,36</sup>.

La proportion d'hommes déclarant toujours utiliser le condom était plus forte dans le cas des relations sexuelles avec un partenaire régulier sérodiscordant qu'avec un partenaire régulier séroconcordant. Dans leur bref résumé des résultats d'un sous-échantillon d'hommes en couple qui ont participé à l'étude *Men, Sex and Love* sur le Web, Lebouché et coll. (2008) ont indiqué que les couples sérodiscordants étaient significativement plus nombreux à utiliser systématiquement le condom durant des relations anales. Par contre, le condom n'était pas toujours utilisé lorsque la concordance sérologique n'était pas connue<sup>37</sup>. Parmi les participants à M-Track qui se disaient séropositifs pour le VIH et qui avaient eu des relations anales actives avec un partenaire régulier séronégatif, près de la moitié (46,7 %) disaient avoir toujours utilisé le condom. De même, la majorité des hommes soi-disant séronégatifs qui avaient eu des relations anales passives avec un partenaire séropositif régulier avaient utilisé le condom tout le temps (65,3 %). Près de la moitié (46,9 %) des répondants qui ont fait état de leur statut sérologique et qui avaient eu des relations anales actives avec un partenaire régulier dont le statut sérologique était inconnu ont déclaré avoir toujours utilisé un condom; pour les relations anales passives, la proportion était de 47,4 %.

Environ 20 % des hommes soi-disant séropositifs qui avaient eu un partenaire sexuel occasionnel au cours des six mois précédents déclaraient avoir eu des RANP avec un partenaire qu'ils supposaient être séronégatif. Moins de 5 % des répondants qui se disaient séronégatifs ont signalé des RANP au cours des six mois précédents avec un partenaire occasionnel qu'ils croyaient être séropositif.

Bien que de nombreuses études soulignent que les HARSAH continuent d'adopter des comportements à risque élevé, un corpus croissant d'études indique qu'un grand nombre d'HARSAH ont des relations sexuelles sans risque la plupart du temps<sup>23,38,39</sup>. Cette observation est corroborée par les données de base de M-Track exposées ici. Le présent rapport montre néanmoins que ceux qui déclarent avoir eu des RANP avec des partenaires tant réguliers qu'occasionnels forment une importante sous-population qui court un risque particulier de contracter et de transmettre le VIH et d'autres ITSS.

Ces résultats seront comparés avec les données des phases futures de M-Track sur le comportement sexuel et seront utilisés pour suivre les changements de comportement avec le temps, ce qui permettra de mieux comprendre l'impact des programmes et des politiques de prévention de l'infection à VIH et d'autres ITSS adoptés par tous les paliers de gouvernement. Par exemple, des différences peuvent ressortir avec le temps dans la façon dont les hommes cherchent des partenaires sexuels, ce qui peut entraîner, par ricochet, des changements dans la façon de communiquer les messages de prévention.

### 5.1.3 USAGE DE DROGUES À DES FINS RÉCRÉATIVES

Plusieurs hypothèses ont été examinées dans le but d'expliquer pourquoi certains hommes continuent d'avoir des relations sexuelles à risque. Des publications récentes confirment la conclusion que les comportements à risque liés au VIH chez les HARSAH sont influencés par une multiplicité de facteurs complexes et interreliés. L'usage de drogues à des fins récréatives pendant ou avant les relations sexuelles a été associé récemment aux RANP<sup>24,31,40-44</sup>.

L'usage de drogues non injectables avant ou pendant les relations sexuelles était fréquent chez les participants à M-Track. Environ 83 % avaient consommé une ou plusieurs substances à usage récréatif (y compris l'alcool) dans les deux heures avant des relations sexuelles au cours des six mois précédents, et 61 % avaient pris une ou plusieurs substances à usage récréatif (à l'exclusion de l'alcool). Les drogues les plus fréquemment consommées étaient l'alcool (74,1 %), les stimulants sexuels (39,8 %) et la marijuana (38,0 %). Parmi les autres substances moins fréquemment utilisées figuraient la cocaïne/crack/freebase (15,9 %) et l'héroïne ou les autres opiacés (< 3,0 %). Les « autres drogues à usage récréatif » incluaient le spécial K, l'ecstasy, la méthamphétamine en cristaux, le GHB, les drogues psychédéliques et d'autres amphétamines et avaient été consommées par 21,2 % des hommes. En général, l'usage par les participants de drogues à des fins récréatives avant ou pendant les relations sexuelles était plus répandu à Winnipeg que dans d'autres sites sentinelles.

Les drogues à usage récréatif jouent probablement un rôle dans la transmission de l'infection à VIH et d'autres ITSS chez les HARSAH au Canada. Les données de M-Track n'expliquent pas comment l'usage de substances à des fins récréatives influe sur la prise de risques sexuels; mais les conclusions du rapport concordent avec des recherches antérieures qui indiquent que l'usage de drogues à des fins récréatives avant ou pendant les relations sexuelles est relativement fréquent chez les HARSAH<sup>21,23</sup>. Pour mieux comprendre la façon dont l'usage de drogues influe sur le risque sexuel, il faudrait mener des projets de recherche plus ciblés<sup>42</sup>.

Des questions ont également été posées aux participants à M-Track sur l'injection de drogues en dehors de leurs activités sexuelles. L'injection de drogues était peu fréquente chez les répondants. Dans l'ensemble, 10,3 % des participants ont dit s'être déjà injecté des drogues et 4,5 % l'avaient fait au cours des six mois précédents. La cocaïne était la drogue la plus souvent injectée (5,8 % des participants). Un moins grand nombre de répondants s'étaient déjà injecté des stéroïdes (3,6 %), de la méthamphétamine en cristaux (3,2 %) ou de l'héroïne (2,4 %). Un nombre encore plus faible d'hommes ont dit s'être injecté au cours des six mois précédents de la cocaïne (2,1 %), des stéroïdes (1,5 %), de la méthamphétamine en cristaux (1,2 %) et de l'héroïne (moins de 1,0 %).

Tout comme dans le cas de l'usage de substances avant ou pendant les relations sexuelles, la proportion de participants qui s'étaient déjà injecté des drogues au cours de leur vie était en général plus forte à Winnipeg que dans d'autres sites sentinelles. Bien que l'enquête M-Track n'ait pas examiné les pratiques d'échange de seringues, les études existantes indiquent que les HARSAH-UDI courent un risque particulier d'acquisition et de transmission du VIH et du VHC<sup>28,29</sup>. La prévalence du VIH et des comportements à risque associés (p. ex. emprunt d'aiguilles usagées par quelqu'un d'autre) est plus élevée chez les HARSAH-UDI que chez les autres HARSAH et les autres UDI<sup>28,29</sup>. Il est essentiel que les programmes de prévention du VIH ciblent les HARSAH-UDI, vu que ce groupe peut constituer un pont important entre les populations fortement touchées et celles peu touchées par le VIH à cause de leurs interactions sur le plan sexuel et sur le plan de l'usage de drogues avec d'autres HARSAH et/ou UDI et/ou femmes hétérosexuelles<sup>45</sup>.

M-Track peut suivre les profils d'utilisation de drogues et les tendances émergentes avec le temps chez les HARSAH dans les sites sentinelles participants au Canada. Les données ainsi obtenues peuvent, à leur tour, servir à raffiner les programmes existants et à élaborer de nouveaux messages de prévention de l'infection à VIH destinés aux HARSAH, en particulier ceux qui prennent également des drogues à usage récréatif.

#### 5.1.4 DÉPISTAGE, PRÉVALENCE DU VIH, CONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE ET ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENT

Les données nationales de surveillance systématique du VIH pour 2008 révèlent que c'est dans la catégorie d'exposition des HARSAH que l'on retrouvait toujours la plus forte proportion de rapports de tests positifs pour le VIH chez les adultes, soit 45,1 % de tous les tests positifs signalés<sup>6</sup>. En outre, les estimations du nombre de nouvelles infections à VIH chez les HARSAH montraient que cette catégorie d'exposition comptait la plus forte proportion de nouvelles infections en 2008, soit 44 % des nouvelles infections selon les estimations<sup>7</sup>.

La séroprévalence du VIH chez les participants à M-Track était élevée. Elle s'établissait à 15,1 % chez les participants qui avaient donné un échantillon de GSS suffisant pour le dépistage et avaient rempli un questionnaire, la proportion variant entre 11,1 % à Ottawa et 23,1 % à Toronto.

Parmi ceux qui ont obtenu un résultat positif pour le VIH à l'analyse biologique de leur échantillon (GSS), 19,1 % ignoraient qu'ils étaient séropositifs. Bien que ce pourcentage soit inférieur à la proportion estimative globale de Canadiens qui ne savent pas qu'ils sont séropositifs (26 %), il montre que 91 participants à M-Track n'étaient pas conscients de leur séropositivité<sup>7</sup>.

Il importe de joindre les hommes dont l'infection n'a pas été diagnostiquée afin que ceux-ci puissent profiter des stratégies de traitement disponibles et recevoir un counseling approprié en vue de prévenir la propagation ultérieure du VIH. Le taux de transmission du VIH chez les cas non diagnostiqués est probablement plus élevé qu'il ne l'est chez ceux qui ont passé un test et ont reçu un diagnostic<sup>46</sup>. En outre, la fréquence des comportements sexuels à risque élevé peut diminuer grandement après un diagnostic d'infection à VIH<sup>47</sup>. Des recherches montrent également que certains HARSAH ont recours à des stratégies de « sérotriage » pour atténuer leur risque d'acquisition du VIH<sup>33,48-50</sup>. L'efficacité de ces stratégies demeure cependant controversée<sup>33,50</sup>. Parmi les hommes qui signalent des RANP, certains peuvent effectuer un sérotriage efficace (et ainsi ne pas transmettre le VIH)<sup>44</sup>. D'autres peuvent cependant adopter des stratégies de réduction du risque basées sur des renseignements erronés concernant leur statut sérologique ou celui de leur partenaire<sup>37</sup>, un des risques associés à ce type de stratégie.

Pour aider à enrayer l'épidémie d'infection à VIH/sida, il importe d'accroître le nombre et la proportion de personnes vivant avec le VIH qui passent un test de dépistage et connaissent leur statut sérologique<sup>46</sup>. Un dépistage régulier du VIH chez les HARSAH est essentiel si l'on veut s'assurer que les hommes sachent s'ils sont séropositifs ou non. L'ASPC élabore actuellement des *Lignes directrices sur le dépistage du VIH au Canada* dans le but d'accroître le nombre de personnes conscientes d'être infectées par le VIH.

Les résultats de l'enquête M-Track corroborent ceux d'enquêtes antérieures qui ont montré qu'une proportion relativement élevée d'HARSAH au Canada passent des tests de dépistage du VIH<sup>51,52</sup>. La grande majorité des participants à M-Track ont dit avoir passé un tel test (86,2 %); et parmi ceux qui se disaient séronégatifs, une forte proportion s'étaient fait tester au cours des deux années précédant l'enquête (75,2 %).

Une forte proportion d'hommes qui n'avaient jamais subi un dépistage du VIH ont indiqué qu'ils ne s'étaient pas fait tester parce qu'ils jugeaient qu'ils couraient un faible risque d'infection par le VIH (54,1 %). Parmi les autres raisons fréquemment citées figuraient la peur de se faire tester (27,6% des hommes) et le fait de déjà connaître son statut sérologique (26,7% des hommes). Les raisons invoquées pour ne pas avoir passé de test au cours des deux années précédentes étaient similaires chez les hommes qui se disaient séronégatifs : 59,4 % ont dit ne pas avoir passé de test récemment parce que leur risque d'infection par le VIH était faible, alors que 29,3 % prétendaient déjà connaître leur statut sérologique. D'autres analyses devront être entreprises dans le cadre de l'enquête M-Track pour examiner, à la lumière des comportements à risque déclarés, si les hommes qui pensent que leur risque d'infection à VIH est faible courent réellement un risque plus faible.

Il peut également être utile d'offrir un counseling au moment du dépistage du VIH, peu importe le résultat. Ce counseling fournit des renseignements essentiels sur la façon de réduire le risque d'infection à VIH dans le cas des sujets séronégatifs et fournit l'occasion de discuter du traitement des sujets séropositifs. Dans l'enquête M-Track, environ les trois quarts des participants se disant séropositifs avaient déjà pris des médicaments contre le VIH, alors qu'une plus faible proportion suivaient actuellement un traitement contre le VIH (66,0 %). Le traitement non seulement est utile à la personne infectée par le VIH mais peut également aider à réduire le risque de transmission ultérieure<sup>53,54</sup>.

Les données de M-Track s'avéreront essentielles pour la surveillance continue des profils et tendances liés au dépistage du VIH, à la prévalence du VIH, à la connaissance du statut sérologique et aux antécédents de traitement chez les HARSAH dans les sites de surveillance participants au Canada.

### 5.1.5 INFECTION À VHC, SYPHILIS ET AUTRES ITSS

La majorité des répondants ont dit avoir passé à un moment donné un test de dépistage de l'infection à VHC (66,9 %), de la gonorrhée (66,6 %) et de la syphilis (62,6 %), et plus de 80 % d'entre eux l'avaient fait au cours des deux années précédentes. Bien que ces résultats soient encourageants, la proportion d'hommes qui ont été testés au moins une fois est beaucoup plus faible pour ces trois infections que pour l'infection à VIH. L'enquête ne contenait pas de questions sur les raisons pour ne pas passer un test de dépistage des autres ITSS. Il est donc difficile de déterminer pourquoi ces taux sont plus bas que pour l'infection à VIH.

Les différences dans les habitudes en matière de dépistage du VIH et du VHC et d'autres ITSS font ressortir l'importance de ne pas se limiter à l'infection à VIH lorsqu'on teste les HARSAH qui se livrent à des pratiques sexuelles risquées. La co-infection par le VIH et d'autres agents d'ITSS peut entraîner de graves conséquences. Les infections gonococciques et syphilitiques (entre autres) favorisent la transmission du VIH<sup>8,55,56</sup>, alors que le VIH accélère la progression de l'infection à VHC chez les personnes co-infectées<sup>8</sup>. En outre, bien que le risque de transmission sexuelle du VHC soit faible en général, de plus en plus de données en provenance de plusieurs pays mettent en évidence la transmission sexuelle du VHC chez les HARSAH infectés par le VIH<sup>8,10,57</sup>. Les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* recommandent de fournir des conseils en matière de prévention aux HARSAH en mettant l'accent sur une évaluation personnalisée du risque et en évitant les idées préconçues concernant les comportements à risque<sup>55</sup> basées sur l'orientation sexuelle. Les hommes qui ont eu des relations sexuelles non protégées avec un autre homme au cours de l'année précédente devraient passer un test de dépistage de toutes les ITS, de l'infection à VIH (à moins de savoir qu'ils sont séropositifs) ainsi que de l'hépatite A et B. Lors du counseling, on devrait également tenir compte du contexte plus large de la santé sexuelle et aborder des sujets comme l'intimité, la santé mentale et la violence entre partenaires, etc.<sup>55</sup>.

Les variations dans les taux de dépistage d'un site à l'autre peuvent être attribuables à différentes stratégies de recrutement, aux façons dont les questions sont présentées et aux populations échantillonnées. Il manquait très souvent des données sur les variables pour le dépistage des ITSS au site de Winnipeg. C'est probablement dû au manque de clarté dans la formulation des questions. La réponse « Ne sais pas » n'était pas un choix offert à la question sur la fréquence de dépistage, ce qui peut avoir réduit également les taux de réponse, vu que les répondants qui ne savaient pas à quelle fréquence ils avaient subi des tests n'ont fourni aucune information.

La proportion des répondants qui ont indiqué avoir souffert de diverses ITSS variait selon l'infection. Les résultats des analyses en laboratoire des échantillons de GSS ont fait ressortir la forte séroprévalence de la syphilis (6,3 %) et de l'infection à VHC (5,3 %) comparativement aux taux dans la population générale. Bien qu'il n'y ait pas d'estimation au Canada de la prévalence de la syphilis dans la population générale, le taux de syphilis infectieuse chez les hommes qui a été signalé à l'ASPC en 2008 s'élevait à 7,3 pour 100 000<sup>55</sup>. Une étude de modélisation commandée par l'ASPC a estimé que le taux de prévalence du VHC au Canada en 2007 s'établissait à moins de 2 % chez les hommes dans les divers



groupes d'âge visés par l'enquête M-Track, le taux variant entre 0,098 % chez les hommes de 15 à 19 ans et 1,52 % chez les hommes de 55 à 59 ans<sup>58</sup>. Il importe cependant de noter que les tests de dépistage de la syphilis et du VHC à partir d'échantillons de GSS n'indiquent que la présence d'une infection actuelle ou passée. Ces tests ne permettent pas de déterminer si la personne est actuellement atteinte de l'une ou l'autre infection. Des résultats faussement positifs sont également possibles. La séroprévalence particulièrement élevée du VHC à Winnipeg (19,4 %) s'explique probablement en partie par la forte prévalence de l'injection de drogues chez les participants dans ce site.

Les tests de dépistage du VHC et de la syphilis à partir d'échantillons de GSS ne permettent pas de détecter une co-infection actuelle par le VIH et le VHC. Les proportions de participants séropositifs tant pour le VIH que pour le VHC (2,2 %) et tant pour le VIH que pour la syphilis (2,9 %) ne reflètent donc pas la co-infection actuelle par ces pathogènes. Il est par conséquent difficile d'interpréter les cas co-séropositifs détectés dans M-Track. Il reste que ces données évoquent la présence possible chez les HARSAH participants d'infections multiples, qui peuvent nuire aux réponses thérapeutiques et aux résultats cliniques. L'infection à VHC chez les HARSAH séropositifs pour le VIH a été qualifiée d'« épidémie en pleine expansion »<sup>59</sup>. Elle est associée à des pratiques sexuelles brutales, à l'usage de drogues avant les relations sexuelles et à la présence d'ulcérations génitales, peu importe les antécédents d'injection de drogues<sup>8,10,57</sup>. Ces résultats peuvent être faussés par la non-déclaration des antécédents d'injection de drogues, mais les recherches corroborent néanmoins l'augmentation du risque de transmission sexuelle du VHC chez les personnes infectées par le VIH, en particulier les HARSAH. Le sérotriage pour le VIH peut faire en sorte que des HARSAH infectés par le VIH aient des RANP, ce qui peut entraîner un risque concomitant de transmission du VHC<sup>8,10,57</sup>. Ces données soulignent à nouveau qu'il est nécessaire que les messages en santé publique réitèrent que le sérotriage pour le VIH n'aide pas à prévenir la transmission d'autres ITSS.

Les données de surveillance systématique nationale des ITSS ne fournissent pas de renseignements sur les facteurs de risque ni sur les catégories d'exposition, et les études de surveillance améliorée effectuées à l'extérieur du Canada mettent en général l'accent sur l'infection à VIH uniquement. Il est donc difficile d'estimer la prévalence de la syphilis, de l'infection à VHC et d'autres ITSS chez les HARSAH en dehors de l'enquête M-Track. Des données de surveillance systématique indiquent néanmoins que les taux de syphilis infectieuse étaient six à sept fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes au Canada pendant la période correspondant à la phase 1 de M-Track (2005-2007). Cette statistique concorde avec les rapports d'éclosions de syphilis chez les HARSAH<sup>55,60</sup>. Le nombre de rapports de cas de diverses ITSS a augmenté chez les HARSAH au Canada depuis le milieu des années 90 et on a observé récemment des éclosions de lymphogranulome vénérien (LGV) chez les HARSAH au Canada, les taux de co-infection par le VIH étant élevés<sup>55,61</sup>. L'Ontario Men's Survey, qui a évalué les diagnostics auto-déclarés d'ITSS, entre autres, a montré que 1,7 % des répondants indiquaient avoir été infectés par le VHC et que 2,6 % avaient souffert de la syphilis<sup>21</sup>.

### 5.1.6 CONNAISSANCES ET SUPPOSITIONS CONCERNANT L'INFECTION À VIH, À VHC ET D'AUTRES ITSS

La majorité des participants ont pu répondre correctement aux questions sur les connaissances relatives à la prévention et à la transmission du VIH et d'autres ITSS. Jusqu'au cinquième d'entre eux, cependant, ont répondu incorrectement aux questions ou n'en connaissaient pas la réponse, ce qui met en relief les lacunes dans les connaissances qui doivent être comblées par les responsables de la santé publique et les fournisseurs de soins de santé. Les répondants avaient une meilleure connaissance de l'infection à VIH que d'autres ITSS. Bien que pratiquement tous les répondants aient compris que les personnes infectées par le VIH pouvaient paraître en santé, une proportion plus faible savaient que d'autres ITSS pouvaient être asymptomatiques, et seulement un tiers étaient au courant qu'il existait un traitement contre le VHC.

Des mythes et des idées fausses concernant la transmission du VIH subsistent dans certains sous-groupes d'HARSAH<sup>62</sup>. Comme l'ont récemment montré Adam et ses collègues (2008), les messages de prévention demeurent utiles, car [TRADUCTION] « 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>4</sup>. Ces auteurs font cependant remarquer qu'il ne suffit pas de connaître les données factuelles pour opérer des changements de comportements afin de réduire de façon soutenue la transmission de l'infection à VIH et d'autres ITSS chez les HARSAH<sup>4</sup>. Les programmes de prévention doivent plutôt reconnaître que la distribution du risque chez les HARSAH 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>4</sup>. Selon des chercheurs, les centres de santé sexuelle devraient en outre offrir des services dans plusieurs langues et des services multiculturels en utilisant divers médias pour répondre aux besoins de la population hétérogène des HARSAH<sup>62,63</sup>. Certains ont mentionné notamment qu'Internet était 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 d'autres ITSS chez les HARSAH<sup>64</sup>.

## 5.2 POINTS FORTS/LIMITES

L'étude épidémiologique du VIH/sida chez les HARSAH au Canada fait face à plusieurs défis importants, en particulier la difficulté d'effectuer des comparaisons directes de résultats. On observe une variation considérable sur le plan méthodologique dans les recherches antérieures. Des définitions, des méthodes de recrutement, des critères d'admissibilité différents ont été utilisés dans les études, et la méthodologie et la puissance des analyses statistiques variaient. Il a donc été jusqu'à maintenant impossible de tirer des conclusions probantes concernant les tendances au fil des ans dans les comportements à risque.

La mise en œuvre de la phase 1 de M-Track a permis de régler cet important problème qui limitait la comparabilité des études antérieures en utilisant un ensemble de bases de mesures comportementales comparables pour les HARSAH dans les cinq sites sentinelles participants au Canada. La souplesse inhérente au système M-Track a par ailleurs permis de répondre aux besoins en matière de données à l'échelle locale et régionale.

Un des autres atouts de M-Track est la grande taille de son échantillon par rapport à d'autres études canadiennes. Plus un échantillon est large, plus la puissance statistique est grande, ce qui sera essentiel pour les analyses futures des différences entre les sous-groupes dans les comportements à risque et les facteurs associés. Dans certains sites sentinelles participants, l'échantillon était néanmoins plus petit; dans un tel cas, l'influence exercée par un petit nombre d'hommes sur les proportions présentées pour ces sites peut être plus grande que lorsque les comparaisons se font avec des sites dont l'échantillon est plus gros.

L'enquête M-Track s'est surtout servie de méthodes d'échantillonnage basées sur le lieu pour surmonter certaines des difficultés d'accès à des populations difficiles à joindre. Les résultats de surveillance ne sont pas ainsi représentatifs de l'ensemble de la population cible au Canada. À l'exception de la partie biologique de l'enquête, les résultats présentés dans le rapport sont basés sur des données auto-déclarées, qui sont sujettes à un biais de rappel et au biais rattaché à la désirabilité sociale. Des comportements socialement indésirables peuvent donc avoir été sous-déclarés, alors que des comportements socialement désirables peuvent avoir été surdéclarés.

Aucun effort n'a été ménagé pour s'assurer qu'un protocole et un questionnaire standard étaient utilisés dans tous les sites sentinelles. Chaque communauté canadienne diffère cependant, et des variations dans la date de l'enquête et la facilité de recrutement ont entraîné des différences d'un site sentinelle à l'autre. Les données qui figurent dans le présent rapport ne sont pas basées sur un échantillon aléatoire, de sorte que les variations d'un site sentinelle à l'autre peuvent rendre compte en fait de variations dans les méthodes de recrutement, les méthodes d'échantillonnage ou les critères d'admissibilité. Les résultats présentés dans le rapport ne résultent pas nécessairement de différences dans les caractéristiques socio-démographiques ou les comportements dans la population générale des HARSAH dans les sites participants. Aucune méthode statistique n'a été utilisée dans le rapport pour comparer les résultats d'un site sentinelle à l'autre. Il faut donc faire preuve de prudence lorsqu'on effectue des comparaisons entre différents sites.

Enfin, les limites de l'enquête M-Track en ce qui concerne le plan transversal, l'échantillonnage non probabiliste, le biais de rappel et les modes de comportement auto-déclarés ne risquent pas de nuire à l'évaluation des tendances, si des méthodes similaires sont utilisées au fil des ans.

## 5.3 CONCLUSIONS ET PROCHAINES ÉTAPES

L'ASPC est chargée de coordonner les efforts de lutte du gouvernement fédéral contre le VIH/sida, décrits dans l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*<sup>1</sup> et le plan d'action du Canada intitulé *Au premier plan : Le Canada se mobilise contre le VIH/sida*<sup>2</sup>.

Un des principaux volets de l'IF est le développement des connaissances, qui comprend la création de programmes de surveillance sentinelle destinés aux populations vulnérables. La mise en œuvre réussie de l'enquête M-Track s'inscrit dans le cadre de cet engagement. M-Track constitue la principale source de données pour surveiller les tendances de l'infection à VIH, à VHC et de la syphilis chez les HARSAH au Canada, y compris les changements dans les comportements associés à l'acquisition et à la transmission de ces infections. Les données de M-Track seront donc utilisées pour suivre le progrès des efforts en vue d'atteindre les objectifs du Canada en ce qui concerne la prévention de l'acquisition et de la transmission de nouvelles infections à VIH.

L'enquête M-Track au Canada a également permis de tabler sur les initiatives de recherche antérieures et vient compléter de nombreux efforts actuellement déployés pour lutter contre l'infection à VIH/sida et d'autres ITSS au Canada.

Les résultats et commentaires relatifs à la phase 1 du système de surveillance M-Track ont montré que le système était bien accueilli par les participants et les partenaires qui y collaborent. L'implantation de ce système de surveillance dans tout le Canada est essentielle à l'obtention de renseignements pour la planification et l'évaluation des mesures de lutte contre l'infection à VIH et d'autres ITSS chez les HARSAH au Canada. Grâce à ce système, il est possible d'évaluer à l'échelle nationale et, dans une certaine mesure, à l'échelle provinciale et locale, les tendances dans les comportements à risque.

Le système de surveillance M-Track est le fruit de la collaboration efficace des administrations fédérale, provinciales et locales, de même que d'autres organisations locales. Il continuera d'appuyer les priorités et préoccupations de chaque site sentinelle et d'en tenir compte. Le système de surveillance devra s'adapter aux changements culturels et être assez souples pour s'ajuster aux besoins en matière d'information à l'échelle locale, provinciale/territoriale, et nationale.

L'information obtenue grâce à ce système facilite le traitement de certaines questions comme la planification et l'évaluation de programmes et la prestation de services. La principale mission de M-Track consiste cependant à évaluer l'évolution des comportements à risque avec le temps chez les HARSAH au Canada.

L'objectif du présent rapport était de fournir des données descriptives de la phase 1 des enquêtes M-Track effectuées entre 2005 et 2007 dans les sites sentinelles et ce, dans une perspective nationale.

Les résultats de la phase 1 de M-Track ont confirmé que la séroprévalence de l'infection à VIH et de la syphilis demeure élevée chez les HARSAH des sites sentinelles participants au Canada. De nombreux HARSAH adoptent des pratiques sexuelles sans risque, mais le risque de transmission de l'infection à VIH et d'autres ITSS chez les HARSAH au Canada persiste, vu que les hommes qui disent avoir eu des RANP avec divers types de partenaires forment une sous-population importante. Les résultats de la phase 1 de M-Track ont confirmé que la proportion d'HARSAH qui se font tester pour le VIH est élevée, mais qu'une partie des participants ignoraient qu'ils étaient séropositifs. Il ressort des résultats que les HARSAH connaissent moins bien l'infection à VHC et d'autres ITSS que l'infection à VIH. Ces lacunes dans les connaissances pourraient peut-être être comblées par des messages adéquats de promotion de la santé.

Comme les HARSAH constituent un groupe hétérogène, un message ou une stratégie unique de prévention risque peu d'être efficace. Les messages de prévention doivent être adaptés à chaque communauté, vu qu'il semble exister des profils de risque distincts chez les hommes participants d'un site sentinelle à l'autre. Il faudrait tenir compte dans l'élaboration de politiques et de programmes des besoins différents des hommes séropositifs et séronégatifs pour le VIH, afin d'empêcher les hommes séronégatifs de contracter une infection à VIH, et offrir parallèlement des soins et du counseling aux hommes séropositifs pour prévenir la transmission ultérieure de l'infection à VIH et d'autres ITSS.

Le présent rapport visait à donner un aperçu complet des données dans une perspective nationale afin de faciliter l'évaluation des politiques et programmes de santé publique. Les données présentées dans le rapport devraient également servir de point de référence pour les comparaisons dans le temps et pour la réalisation d'analyses futures plus complexes.

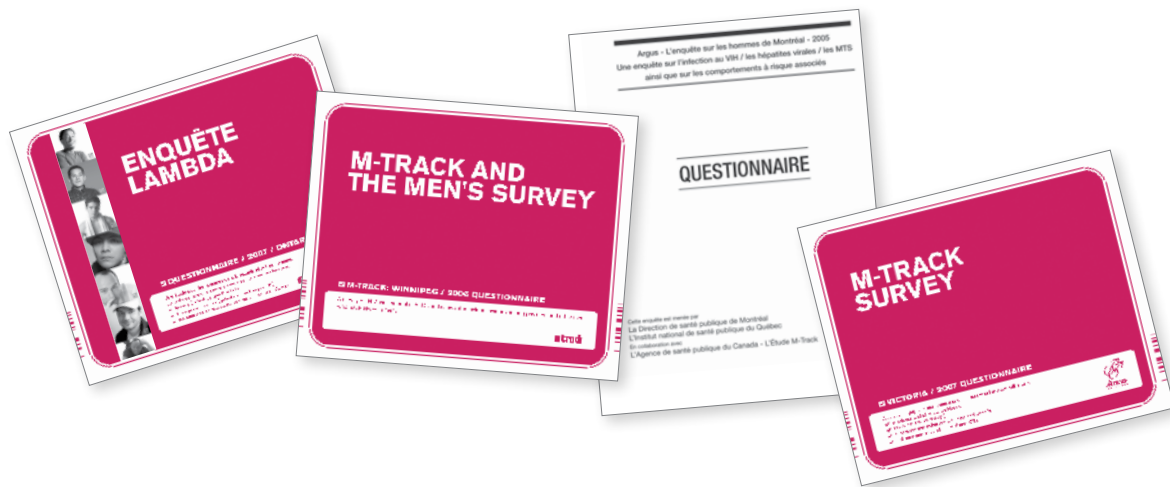
Dans les analyses futures des données de M-Track, on examinera certaines questions et certains problèmes qui intéressent les membres des communautés, les chercheurs et les analystes de politiques et de programmes. Les hommes de différentes origines socio-économiques et ethniques, par exemple, peuvent présenter des différences importantes dans leur choix de vie (notamment leurs pratiques sexuelles) de même que des différences dans la prévalence du VIH, les antécédents de dépistage et de traitement et leur sensibilisation générale au VIH. Les analyses futures des données de M-Track peuvent également mettre au jour d'importants prédicteurs de comportements à risque. Les résultats d'analyses futures seront présentés lors de rencontres nationales, par le biais de sommaires sur le site Web de l'ASPC et dans des articles scientifiques. Des affiches et résumés seront également diffusés lors de conférences aux fins de l'élaboration de programmes et de politiques.

La phase 2 de M-Track a pris fin à Vancouver et à Montréal. Les efforts actuellement déployés visent à améliorer le système de surveillance M-Track pendant que l'ASPC et ses partenaires travaillent à la mise en œuvre de la phase 3.



## ANNEXE 1 . EXEMPLE DES QUESTIONS DE BASE POUR L'ENQUÊTE M-TRACK (PHASE 1)

Un ensemble central de questions, avec variations mineures, ont été posées dans tous les sites durant la phase 1 pour permettre la comparaison des réponses d'un site à l'autre. L'annexe qui suit énumère ces questions de base de l'enquête M-Track et les catégories de réponses correspondantes. Veuillez noter que les questions ci dessous ne sont pas présentées sous la même forme ou le même aspect que le questionnaire remis aux participants ni n'incluent toutes les instructions, définitions et phrases de transition qui figurent dans le questionnaire.



### QUESTIONS ADMINISTRATIVES AVANT L'ENQUÊTE

Site où s'est déroulée l'entrevue :

- Montréal
- Toronto
- Victoria
- Winnipeg
- Ottawa

Numéro du questionnaire \_\_\_\_\_

Date où a lieu l'entrevue \_\_\_\_\_

Code d'ID \_\_\_\_\_

Endroit où a eu lieu l'entrevue :

- Bar
- Café
- Bains publics
- Événement
- Association
- Lieu fixe
- Autre \_\_\_\_\_

**PARTIE UN . ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SITUATION SOCIALE**

**1.1** En quelle année êtes vous né? 19 \_\_\_\_

**1.3** Vivez vous à (Nom de la ville où l'enquête est menée)?

- Non. Si vous ne vivez pas dans la région, où habitez-vous? \_\_\_\_\_
- Oui

**1.4** Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal? \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Présentation : Lettre chiffre lettre (Exemple : K1A)

**1.5** Quelle est la première langue que vous avez apprise et que vous comprenez toujours?

- Anglais
- Français
- Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**1.6** Quelles sont les origines ethniques ou culturelles de vos ancêtres?

Origine canadienne, anglaise, française, chinoise, italienne, allemande, écossaise, indienne (Inde), irlandaise, crie, micmaque, métisse, inuite (esquimaude), ukrainienne, néerlandaise, philippine, polonaise, portugaise, juive, grecque, jamaïcaine, vietnamienne, libanaise, chilienne, salvadorienne, somalienne, etc.

Précisez : \_\_\_\_\_

**1.7** Quelle est l'origine ethnique ou culturelle du groupe auquel vous vous identifiez le plus?

Origine canadienne, anglaise, française, chinoise, italienne, allemande, écossaise, indienne (Inde), irlandaise, crie, micmaque, métisse, inuite (esquimaude), ukrainienne, néerlandaise, philippine, polonaise, portugaise, juive, grecque, jamaïcaine, vietnamienne, libanaise, chilienne, salvadorienne, somalienne, etc.

Précisez : \_\_\_\_\_

**1.9** Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous ayez atteint? Veuillez cocher une case seulement.

- Études primaires ou élémentaires
- Études secondaires
- Études collégiales ou universitaires premier cycle
- Études supérieures (p. ex. MA, PhD, diplôme de médecine, etc.)
- Autre

**1.10** À combien se sont élevées l'année dernière toutes vos sources de revenu personnel, avant impôt?

- Aucun revenu
- 1 \$ - 9 999 \$
- 10 000 \$ - 19 999 \$
- 20 000 \$ - 29 999 \$
- 30 000 \$ - 39 999 \$
- 40 000 \$ - 49 999 \$
- 50 000 \$ - 59 999 \$
- 60 000 \$ +

**1.12** Comment vous définissez vous?

- Gai ou homosexuel
- Bisexuel
- Hétérosexuel
- Bispirituel
- Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**PARTIE DEUX . UTILISATION DE DROGUES ET VIE SEXUELLE**

Les prochaines questions portent sur l’usage de drogues et votre vie sexuelle.

**2.1a** Au cours des 6 derniers mois, avez vous cherché un partenaire sexuel dans les endroits publics suivants?

**2.1b** Si oui, à quelle fréquence :

	Non	Oui	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	2 3 fois par mois	Une fois ou plus par semaine
A Bars gais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Bars hétérosexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Soirées rave ou « circuit »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Bars ou partys clandestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Saunas/bains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Partouses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Parcs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Toilettes publiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Pistes cyclables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Cafés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Internet (annonces personnelles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Organismes communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Associations de gais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N Organismes de loisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Services de dialogue par téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P Activités communautaires pour les gais et lesbiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q Annonces personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R Gymnases/ centres d'entraînement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S Autre, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2.2** Vous êtes vous déjà injecté :

	Jamais	Oui, mais pas dans les 6 derniers mois	Oui, dans les 6 derniers mois
A Des stéroïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B De l'héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C De la cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D De la crystal meth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E D'autres drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez : \_\_\_\_\_

**2.3** Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez vous pris les substances suivantes pendant une relation sexuelle (orale ou anale) avec un homme, ou dans les 2 heures précédant cette relation?

A  Avez vous eu des relations sexuelles au cours des 6 derniers mois? Non ALLEZ à la question 17

	Jamais	Moins d'une fois sur deux	Plus d'une fois sur deux
B Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Marijuana/pot/hach/herbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Kétamine (spécial K)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Ecstasy/MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Autres amphétamines/stimulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Viagra, Levitra, Cialis ou autres médicaments érectiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Cocaïne/crack/free base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Autres opiacés (Percocet, Dilaudid, Oxycontin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Cristal meth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M GHB (« G »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N Tranquillisants ou benzodiazépines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Drogues psychédéliques (LSD, acide, mescaline, champignons)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P Autre, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2.4** Au cours des 6 derniers mois, avec combien de femmes avez vous eu des relations sexuelles (vaginales, orales ou anales)?

- Aucune  
 Seulement 1  
 De 2 à 5  
 6 ou plus

### PARTIE TROIS . RELATIONS SEXUELLES AVEC DES PARTENAIRES MASCULINS – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

**3.1** Au cours des 6 derniers mois, avec combien de partenaires masculins avez vous eu des relations sexuelles (orales ou anales)?

- Aucun  
 Seulement 1  
 De 2 à 5  
 De 6 à 9  
 De 10 à 19  
 De 20 à 29  
 De 30 à 39  
 De 40 à 49  
 50 ou plus



- 3.5a** Au cours des 6 derniers mois, avez vous eu des relations sexuelles anales avec un homme?
- Non  
 Oui
- 3.5b** Si vous avez répondu oui à la question 3.5a, au cours des 6 derniers mois, avec combien d'hommes avez vous eu des relations sexuelles anales? Nombre d'hommes (soyez aussi précis que possible)
- Nombre : \_\_\_\_\_
- 3.6a** Au cours des 6 derniers mois, avez vous eu des relations sexuelles anales non protégées (sans condom) avec au moins 1 homme?
- Non  
 Oui
- 3.6b** Si vous avez répondu oui à la question 3.6a, avez vous eu des relations sexuelles anales non protégées avec au moins 1 homme qui était alors, à votre connaissance, séropositif pour le VIH?
- Non  
 Oui
- 3.6c** Si vous avez répondu oui à la question 3.6a, avez vous eu des relations sexuelles anales non protégées avec au moins 1 homme dont vous ignoriez à ce moment là le statut à l'égard du VIH?
- Non  
 Oui
- 3.6d** Si vous avez répondu oui à la question 3.6a, avez vous eu des relations sexuelles anales non protégées avec au moins 1 homme qui était alors, à votre connaissance, séronégatif pour le VIH?
- Non  
 Oui
- 3.7** La dernière fois que vous avez eu des relations sexuelles anales avec un homme au cours des 6 derniers mois, votre partenaire ou vous même avez vous utilisé un condom?
- Non  
 Oui

#### **PARTIE QUATRE . RELATIONS SEXUELLES AVEC DES PARTENAIRES MASCULINS OCCASIONNELS**

- 4.1** Au cours des 6 derniers mois, avec combien de partenaires MASCULINS OCCASIONNELS avez vous eu des relations sexuelles (orales ou anales)?
- Aucun  
 Seulement un  
 De 2 à 5  
 De 6 à 9  
 De 10 à 19  
 De 20 à 29  
 De 30 à 39  
 De 40 à 49  
 50 ou plus

**4.2a** Au cours des 6 derniers mois, avez vous pénétré ces partenaires (relations sexuelles anales)?

- Non
- Oui

**4.2b** Si vous avez répondu oui à la question 4.2a, combien de fois avez vous mis un condom?

- Jamais (0 %)
- Rarement (< 25 %)
- Parfois (de 25 à 49 % des fois)
- La plupart du temps (de 50 à 74 % des fois)
- Presque tout le temps (de 75 à 99 % des fois)
- Tout le temps (100 %)

**4.3a** Au cours des 6 derniers mois, ces partenaires vous ont ils pénétré (relations sexuelles anales)?

- Non
- Oui

**4.3b** Si vous avez répondu oui à la question 4.3a, combien de fois le condom a t il été utilisé?

- Jamais (0 %)
- Rarement (< 25 %)
- Parfois (de 25 à 49 % des fois)
- La plupart du temps (de 50 à 74 % des fois)
- Presque tout le temps (de 75 à 99 % des fois)
- Tout le temps (100 %)

**4.4a** Au cours des 6 derniers mois, avez vous eu des relations sexuelles anales non protégées (sans condom) avec au moins 1 partenaire MASCULIN OCCASIONNEL?

- Non
- Oui

**4.4b** Si vous avez répondu oui à la question 4.4a, avez vous eu des relations sexuelles anales non protégées (sans condom) avec au moins 1 partenaire MASCULIN OCCASIONNEL qui était alors, à votre connaissance, séropositif pour le VIH?

- Non
- Oui

**4.4c** Si vous avez répondu oui à la question 4.4a, avez vous eu des relations sexuelles anales non protégées (sans condom) avec au moins 1 partenaire MASCULIN OCCASIONNEL dont vous ignoriez alors le statut à l'égard du VIH?

- Non
- Oui

**4.4d** Si vous avez répondu oui à la question 4.4a, avez vous eu des relations sexuelles anales non protégées (sans condom) avec au moins 1 partenaire MASCULIN OCCASIONNEL qui était alors, à votre connaissance, séronégatif pour le VIH?

- Non
- Oui

**PARTIE CINQ . RELATIONS SEXUELLES AVEC DES PARTENAIRES MASCULINS RÉGULIERS**

**5.1** Au cours des 6 derniers mois, avec combien de partenaires MASCULINS RÉGULIERS avez vous eu des relations sexuelles (orales ou anales)?

- Aucun
- Seulement 1
- De 2 à 5
- 6 ou plus

**Relations sexuelles avec des partenaires masculins réguliers séropositifs pour le VIH**

**5.2** Au cours des 6 derniers mois, avez vous eu des relations sexuelles (orales ou anales) avec un ou des partenaires masculins RÉGULIERS séropositifs pour le VIH?

- Non
- Oui

**5.3a** Au cours des 6 derniers mois, avez vous pénétré ces partenaires (relations sexuelles anales)?

- Non
- Oui

**5.3b** Si vous avez répondu oui à la question 5.3a, combien de fois avez vous utilisé un condom?

- Jamais (0 %)
- Rarement (< 25 %)
- Parfois (de 25 à 49 % des fois)
- La plupart du temps (de 50 à 74 % des fois)
- Presque tout le temps (de 75 à 99 % des fois)
- Tout le temps (100 %)

**5.4a** Au cours des 6 derniers mois, ces partenaires vous ont ils pénétré (relations sexuelles anales)?

- Non
- Oui

**5.4b** Si vous avez répondu oui à la question 5.4a, combien de fois avez vous utilisé un condom?

- Jamais (0 %)
- Rarement (< 25 %)
- Parfois (de 25 à 49 % des fois)
- La plupart du temps (de 50 à 74 % des fois)
- Presque tout le temps (de 75 à 99 % des fois)
- Tout le temps (100 %)

**Relations sexuelles avec des partenaires masculins réguliers dont le statut à l'égard du VIH est inconnu**

**5.5** Au cours des 6 derniers mois, avez vous eu des relations sexuelles (orales ou anales) avec un ou des partenaires MASCULINS RÉGULIERS dont vous ne connaissiez pas le statut à l'égard du VIH?

- Non
- Oui

**5.6a** Au cours des 6 derniers mois, avez vous pénétré ces partenaires (relations sexuelles anales)?

- Non
- Oui

**5.6b** Si vous avez répondu oui à la question 5.6a, combien de fois avez vous utilisé un condom?

- Jamais (0 %)
- Rarement (< 25 %)
- Parfois (de 25 à 49 % des fois)
- La plupart du temps (de 50 à 74 % des fois)
- Presque tout le temps (de 75 à 99 % des fois)
- Tout le temps (100 %)

**5.7a** Au cours des 6 derniers mois, ces partenaires vous ont ils pénétré (relations sexuelles anales)?

- Non
- Oui

**5.7b** Si vous avez répondu oui à la question 5.7a, combien de fois avez vous utilisé un condom?

- Jamais (0 %)
- Rarement (< 25 %)
- Parfois (de 25 à 49 % des fois)
- La plupart du temps (de 50 à 74 % des fois)
- Presque tout le temps (de 75 à 99 % des fois)
- Tout le temps (100 %)

### Relations sexuelles avec des partenaires masculins réguliers séronégatifs pour le VIH

**5.8** Au cours des 6 derniers mois, avez vous eu des relations sexuelles (orales ou anales) avec un ou des partenaires MASCULINS RÉGULIERS séronégatifs pour le VIH?

- Non
- Oui

**5.9a** Au cours des 6 derniers mois, avez vous pénétré ces partenaires (relations sexuelles anales)?

- Non
- Oui

**5.9b** Si vous avez répondu oui à la question 5.9a, combien de fois avez vous utilisé un condom?

- Jamais (0 %)
- Rarement (< 25 %)
- Parfois (de 25 à 49 % des fois)
- La plupart du temps (de 50 à 74 % des fois)
- Presque tout le temps (de 75 à 99 % des fois)
- Tout le temps (100 %)

**5.10a** Au cours des 6 derniers mois, ces partenaires vous ont ils pénétré (relations sexuelles anales)?

- Non
- Oui

**5.10b** Si vous avez répondu oui à la question 5.10a, combien de fois avez vous utilisé un condom?

- Jamais (0 %)
- Rarement (< 25 %)
- Parfois (de 25 à 49 % des fois)
- La plupart du temps (de 50 à 74 % des fois)
- Presque tout le temps (de 75 à 99 % des fois)
- Tout le temps (100 %)

## **PARTIE SIX . RELATIONS SEXUELLES EN ÉCHANGE DE BIENS OU DE SERVICES**

**6.1** Au cours des 6 derniers mois, avez vous donné de l'argent en échange de relations sexuelles?

- Non
- Oui

**6.2** Au cours des 6 derniers mois, avez vous donné de la drogue en échange de relations sexuelles?

- Non
- Oui

**6.3** Au cours des 6 derniers mois, avez vous donné d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles (p. ex. chambre, repas, etc.)?

- Non
- Oui

**6.4** Au cours des 6 derniers mois, avez vous reçu de l'argent en échange de relations sexuelles?

- Non
- Oui

**6.5** Au cours des 6 derniers mois, avez vous reçu de la drogue en échange de relations sexuelles?

- Non
- Oui

**6.6** Au cours des 6 derniers mois, avez vous reçu d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles (p. ex. chambre, repas, etc.)?

- Non
- Oui

## **PARTIE 7 . SOINS DE SANTÉ, VIH, HÉPATITE ET ITS**

**7.1a** Avez vous déjà passé un test de dépistage de la gonorrhée?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

**7.1b** Si vous avez répondu oui à la question 7.1a, à quand remonte votre plus récent test?

Date \_\_\_\_\_

**7.1c** Combien de fois avez vous passé ce test au cours des 2 dernières années?

Nombre de fois : \_\_\_\_\_

**7.2a** Avez vous déjà passé un test de dépistage de la syphilis?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

**7.2b** Si vous avez répondu oui à la question 7.2a, à quand remonte votre plus récent test?

Date \_\_\_\_\_

**7.2c** Combien de fois avez vous passé ce test au cours des 2 dernières années?

Nombre de fois : \_\_\_\_\_

**7.3a** Avez vous déjà passé un test de dépistage de l'hépatite C?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

**7.3b** Si vous avez répondu oui à la question 7.3a, à quand remonte votre plus récent test?

Date \_\_\_\_\_

**7.3c** Combien de fois avez vous passé ce test au cours des 2 dernières années?

Nombre de fois : \_\_\_\_\_

**7.3d** Quel était le résultat de votre dernier test de dépistage de l'hépatite C?

- J'étais positif pour l'hépatite C.
- J'étais négatif pour l'hépatite C.
- Je n'ai pas reçu le résultat.
- Je ne sais pas

**7.3e** Si le résultat était positif, quand avez vous reçu pour la première fois un résultat positif à un test de dépistage de l'hépatite C?

Date \_\_\_\_\_

**7.4a** Avez vous déjà passé un test de dépistage du VIH (virus du sida)?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

**7.4b** Si vous avez répondu oui à la question 7.4a, à quand remonte votre plus récent test?

Date \_\_\_\_\_

**7.4c** Combien de fois avez vous passé ce test au cours des 2 dernières années?

Nombre de fois : \_\_\_\_\_

**7.4d** Quel a été le résultat de votre dernier test de dépistage du VIH?

- J'étais séropositif.
- J'étais séronégatif.
- Je n'ai pas reçu le résultat.
- Je ne sais pas

**7.4e** Si le résultat était positif, quand avez vous reçu pour la première fois un résultat positif à un test de dépistage du VIH?

Date \_\_\_\_\_

**7.4f** Après avoir découvert que vous étiez séropositif, avez vous passé un test de dépistage de la syphilis?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

**7.5a** Avez-vous déjà pris des médicaments contre le VIH, que ce soit pour prévenir ou traiter l'infection à VIH?

- Oui, au cours des six derniers mois (Toronto, Ottawa et Victoria)
- Oui, mais pas dans les derniers six mois (Toronto, Ottawa et Victoria)
- Oui (Winnipeg et Montréal)
- Non
- Je sais pas

**7.5b** Si vous avez répondu oui à la question 7.5a, à quel moment avez vous commencé à prendre des médicaments contre le VIH?

Date \_\_\_\_\_

**7.6** Prenez vous des médicaments contre le VIH en ce moment?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

**7.7** Si vous N'AVEZ PAS passé de test de dépistage du VIH au cours des 2 dernières années, vous trouverez ci dessous les raisons que les gens donnent pour expliquer pourquoi ils ne passent pas de test de dépistage du VIH. Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent à votre cas.

	Non	Oui
Mon risque d'infection par le VIH est faible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si j'obtiens un résultat positif, rien ne peut être fait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peur des aiguilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne veux pas le savoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne crois pas pouvoir être infecté par le VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crois que je suis séropositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crois que je suis séronégatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai toujours eu des relations sexuelles protégées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'y ai jamais songé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'inquiète de répercussions sur ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne crois pas que le test est toujours exact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas eu de relations sexuelles avec une personne infectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis en bonne santé, alors je n'ai pas besoin de passer le test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne pourrais pas faire face au fait que je suis infecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas où aller pour passer le test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peur que mon nom soit signalé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crains de faire l'objet de discrimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela pourrait avoir des répercussions sur ma carrière ou mes assurances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela pourrait avoir des répercussions sur mes relations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je veux passer le test, mais je ne l'ai pas encore fait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela n'a pas d'importance si je suis infecté, vu mon âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas de médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

**7.8** Un médecin vous a t il dit que vous avez, ou avez eu, une des maladies suivantes?

	Non	Oui, dans les 6 derniers mois	Oui, il y a 6 à 12 mois	Oui, il y a plus de 12 mois
Gonorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrues génitales ou anales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpès génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite inconnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu une maladie, mais j'ai oublié le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre MTS, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---



**7.9a** Avez vous déjà été vacciné contre l'hépatite B?

- Non  
 Oui

**7.9b** Si vous avez répondu oui à la question 7.9a, combien d'injections avez vous reçues (hépatite B ou hépatite A et B combinées)?

- Une injection  
 Deux injections  
 Trois injections  
 Je ne sais pas

**7.10a** Avez vous déjà été vacciné contre l'hépatite A?

- Non  
 Oui  
 Je ne sais pas

**7.10b** Si vous avez répondu oui à la question 7.10a, combien d'injections avez vous reçues (hépatite A ou hépatite A et B combinées)?

- Une injection  
 Deux injections  
 Trois injections  
 Je ne sais pas

## **PARTIE 8 . OPINIONS ET CONNAISSANCES CONCERNANT LE VIH ET LES ITS**

**8.1** Indiquez si vous êtes d'accord avec les énoncés suivants.

	Non	Oui
Les gens peuvent se protéger contre le VIH en utilisant un condom correctement chaque fois qu'ils ont des relations sexuelles anales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté peut réduire le risque de transmission du VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une personne d'apparence saine peut être infectée par le VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La syphilis peut être transmise lors de relations sexuelles orales non protégées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aurais forcément des symptômes si j'avais une MTS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aurais forcément des symptômes si j'étais infecté par le virus de l'hépatite C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'heure actuelle, il existe un traitement contre l'hépatite C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Agence de la santé publique du Canada. *L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida*. Agence de la santé publique du Canada; 2004.
- <sup>2</sup> Association canadienne de santé publique. *Au premier plan: le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*. Association canadienne de santé publique; 2005.
- <sup>3</sup> UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance*. WHO/UNAIDS; 2000.
- <sup>4</sup> Adam BD, Husband W, Murray J, Maxwell J. Circuits, networks, and HIV risk management. *AIDS Education and Prevention*. October 2008;20(5):420-434.
- <sup>5</sup> Sullivan PS, Hamouda O, Delpech V, et al. Reemergence of the HIV Epidemic Among Men Who Have Sex With Men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005. *Ann Epidemiol*. June 2009;19(6):423-431.
- <sup>6</sup> 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 de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada ; 2009.
- <sup>7</sup> 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 de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Agence de la santé publique du Canada; 2009.
- <sup>8</sup> Van de Laar TJW, Matthew GV, Prins M, Danta M. Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men: an emerging sexually transmitted infection. *AIDS*. July 2010;24:1799-1812.
- <sup>9</sup> Tohme RA, Holmberg SD. Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission? *Hepatology*. October 2010;52(4):1497-1505.
- <sup>10</sup> Bottieau E, Apers L, Van Esbroeck M, Vandenbruaene M, Florence E. Hepatitis C virus infection in HIV-infected men who have sex with men: sustained rising incidence in Antwerp, Belgium, 2001-2009. *Euro Surveill*. 2010;15(39):1-8.
- <sup>11</sup> Agence de la santé publique du Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010*. 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; 2010.
- <sup>12</sup> Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*. May 2005;19(Suppl 2):S67-S72.
- <sup>13</sup> Lambert G, Cox J, Tremblay F, Gadoury M-A et al. *ARGUS 2005: Sommaire de l'enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que les comportements à risques associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)*. Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et l'Agence de la santé publique du Canada; 2006.
- <sup>14</sup> Myers T, Remis R, Husbands W. *Lambda Survey: M-Track Ontario second generation surveillance. Technical Report*. [n.d.].
- <sup>15</sup> Public and Population Health Observatory, Vancouver Island Health Authority. *M-Track Survey Phase I, Final Report: Monitoring Trends in the Prevalence of HIV, Viral Hepatitis, Other Sexually Transmitted Infections, and Associated Risk Behaviours Among Gay, Bisexual, Transgendered and other Men who have Sex with Men*. Vancouver Island Health Authority; 2008.
- <sup>16</sup> Agence de la santé publique du Canada. *Politique de collecte, d'utilisation et de diffusion des données sur la santé publique*. Document non publié. 2009 : 1-20.
- <sup>17</sup> Fox-Wasylyshyn SM, El-Masri MM. Handling missing data in self-report measures. *Res Nurs Health*. December 2005;28(6): 488-495.
- <sup>18</sup> Groves RM, Fowler FJ, Couper MP, Lepkowski JM, Singer E, Tourangeau R. *Survey Methodology*. New York: John Wiley & Sons; 2004:424.

- <sup>19</sup> *Control of Communicable Diseases Manual 19<sup>th</sup> ed. 2008*. Washington, DC: American Public Health Association; 2008.
- <sup>20</sup> Centers for Disease Control and Prevention. Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention and testing behaviors - United States, National HIV Behavioral Surveillance System: Men who have sex with men, November 2003-April 2005. *Surveillance Summaries. Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2006;55(SS-6):1-16.
- <sup>21</sup> Myers T, Allman D, Calzavara L, Maxwell J, Remis R, Swantee C, et al. *Ontario Men's Survey, Final Report*. Toronto: University of Toronto, HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit; 2004.
- <sup>22</sup> Trussler T. *2007 Sex Now Survey Report*. Community Based Research Centre; 2008.
- <sup>23</sup> Trussler T, Marchand R, Gilbert M. *Sex now numbers rising: challenges for gay men's health*. Vancouver: Community-based Research Centre; 2006.
- <sup>24</sup> 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 [Abstract 401]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2006; 17 (Suppl A):58A.
- <sup>25</sup> Statistique Canada. Plus haut niveau de scolarité atteint pour la population âgée de 25 à 64 ans, répartition en pourcentage pour les personnes de sexe masculin, pour le Canada, les provinces et les territoires - Données-échantillon (20 %). Site Web: <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-560/pages/page.cfm?Lang=F&Geo=PR&Code=01&Table=1&Data=Dist&Sex=2&StartRec=1&Sort=2&Display=Page>. Date de modification: 2010. Accéder 15 Mars 2011.
- <sup>26</sup> Ogilvie GS, Taylor DL, Trussler T, et al. Seeking sexual partners on the Internet: A marker for risky sexual behaviour in men who have sex with men. *Canadian Journal of Public Health*. 2008; 99(3):185-188.
- <sup>27</sup> Le DH, Ho P, Poon M, et al. Characteristics of Asian Bathhouse Users [Abstract P357]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2009; 20(Suppl B):107B.
- <sup>28</sup> 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*. October 2007;46(2):248-252.
- <sup>29</sup> McGuire M, Archibald CP, Fyfe M, et al. HIV risk profiles among MSM-IDU and MFSP-IDU: Results from a national enhanced HIV surveillance system [Abstract O094]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2009;20(Suppl B):38B.
- <sup>30</sup> Taleski SJ, Myers T, Remis RS, et al. Delayed Condom Application during Receptive Anal Intercourse (DCA-R) among Men who have Sex with Men (MSM): Results from the Lambda Study [Abstract P215]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2009;20(Suppl B):72B.
- <sup>31</sup> Taleski SJ, Myers T, Remis RS, et al. 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 [Abstract P214]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2009;20(Suppl B):71B.
- <sup>32</sup> Lombardo AP. The Internet in the Sexual Lives of MSM: Implications for Prevention [Abstract O054]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2009;20(Suppl B):27B.
- <sup>33</sup> Lavoie E, Alary M, Remis RS, et al. 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):25-29.
- <sup>34</sup> George C, Husbands WC, Adam B, et al. MABWANA: Who Are The Black Men Who Have Sex With Men In Toronto? [Abstract P232]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2008;19(Suppl A):80A.
- <sup>35</sup> Allman D, Xu K, Myers T, et al. 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):775-784.
- <sup>36</sup> 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 [Abstract P296]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2009;20(Suppl B):92B.
- <sup>37</sup> Lebouché B, Blais M. Sexual HIV-Risk Reduction Strategies Based On Serostatus Knowledge Among Canadian MSM Couples [Abstract O047]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2008;19(Suppl A):27A.
- <sup>38</sup> 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 [Abstract O051]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2008;19(Suppl A):28A.

- <sup>39</sup> George C. MaBwana Black Men's Study: HIV testing among Black men who have sex with men (BMSM) in Ontario [Abstract P202]. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2009;20(Suppl B):69B.
- <sup>40</sup> Lambert G, Cox J, Hottes TS, et al. 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.* December 2009. doi: 10.1007/s10461-009-9605-3.
- <sup>41</sup> Tremblay F, Cox J, Otis J, et al. 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 [Abstract O098]. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2007;18(Suppl B):41B.
- <sup>42</sup> 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 [Abstract 406]. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2006;17(Suppl A):59A.
- <sup>43</sup> 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.* March 2007; 7(1). doi: 10.1186/1471-2458-7-35.
- <sup>44</sup> 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.* February 2007;44(2):235-243.
- <sup>45</sup> Kral A, Lorvick J, Ciccarone D, et al. HIV prevalence & risk behaviors among men who have sex with men and inject drugs in San Francisco. *Journal of Urban Health.* 2005;82(1):i43-i50.
- <sup>46</sup> Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS.* June 2006;20(10):1447-1450.
- <sup>47</sup> Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: Implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr.* August 2005;39(4):446-453.
- <sup>48</sup> 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.* September 2009;19(3&4):399-416.
- <sup>49</sup> Lavoie R, Otis J, Godin G. Sexual Risk-Taking and Level of Viral Load Among Montreal MSM: Is There Any Link? [Abstract O102]. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2007;18(Suppl B):42B.
- <sup>50</sup> Elford J. Changing patterns of sexual behavior in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis.* February 2006;19(1):26-32.
- <sup>51</sup> Lambert G, Cox J, Tremblay F, et al. Recent HIV Testing Behaviour Among Men Having Sex With Men (MSM) In Montreal: Results From *The ARGUS 2005 Survey* [Abstract 313]. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2006;17(Suppl A):45A.
- <sup>52</sup> 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 [Abstract P297]. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2008;19(Suppl A):99A.
- <sup>53</sup> Montaner JS, Lima VD, Barrios R, et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: A population-based study. *The Lancet.* August 2010; 376(9740): 532-539.
- <sup>54</sup> Montaner JS, Hogg R, Wood E, et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *The Lancet.* August 2006;368(9534):531-536.
- <sup>55</sup> Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, l'édition 2008.* Agence de la santé publique du Canada ; 2008.
- <sup>56</sup> Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex transm infect.* 1999;75(1):3-17.
- <sup>57</sup> Tohme R, Holmberg S. Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission? *Hepatology.* June 2010;52(4):1497-1505.
- <sup>58</sup> Remis RS. *Modelling the incidence and prevalence of Hepatitis C infection and its sequelae in Canada, 2007.* Public Health Agency of Canada; 2009.

- <sup>59</sup> Urbanus AT, van de Laar T, Stolte I, et al. Hepatitis C virus infections among HIV-infected men who have sex with men: an expanding epidemic. *AIDS*. 2009;23(12): F1-F7.
- <sup>60</sup> Agence de la santé publique du Canada. Cas déclarés et taux de syphilis infectieuse au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1993-2009. Section de la surveillance et de l'épidémiologie des ITS et de l'hépatite C, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Agence de la santé publique du Canada, 2010. Site Web: [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its\\_tab/syphilis-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/syphilis-fra.php). Accéder 25 Mars 2011.
- <sup>61</sup> Kropp RY, Wong T. Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada. *CMAJ*. June 2005;172(13):1674-1676.
- <sup>62</sup> 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.
- <sup>63</sup> Chihara S. Variasian Group Voices On Their Lives As Asian Men Who Have Sex With Men (MSM) In Vancouver, Canada [Abstract 404]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2006;17(Suppl A):59A.
- <sup>64</sup> Lombardo AP. HIV Prevention in the Internet Age: Perspectives of MSM [Abstract P304]. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2009;20(Suppl B):94B.



