

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PILOTE A-TRACK (2011-2012)



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



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

Also available in English under the title:
Summary of key findings from the A-Track pilot survey (2011-2012)

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

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

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2014

Date de publication : septembre 2014

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier. Toutefois, la reproduction en multiples exemplaires de cette publication, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou de redistribution est interdite sans l'autorisation écrite préalable du ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

Cat. : HP40-118/2014F-PDF
ISBN : 978-0-660-22507-4
Pub. : 140179

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PILOTE A-TRACK (2011-2012)



TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PILOTE A-TRACK (2011-2012)	1
SURVOL DU SYSTÈME A-TRACK.	1
QUOI?	1
QUI?	1
QUAND et OÙ?	1
POURQUOI?	1
COMMENT?	2
PRINCIPAUX RÉSULTATS.	3
Tableau 1. Caractéristiques démographiques des participants à l'enquête pilote A-Track	3
Tableau 2. Résultats du dépistage en laboratoire des anticorps : séroprévalence du VIH, exposition à vie à l'infection par l'hépatite C et exposition à vie à la syphilis	6
Tableau 3. État d'infection au VIH, d'infection transmise sexuellement et d'infection tuberculeuse autodéclaré	7
Tableau 4. Comportements d'injection	8
Tableau 5. Comportements sexuels	10
Tableau 6. Test de dépistage, soins et traitement liés au VIH	11
Tableau 7. Accès aux services de santé autodéclaré	12
Tableau 8. Connaissances sur le VIH	13
CONCLUSIONS	14
REMERCIEMENTS	14
RÉFÉRENCES	14



RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PILOTE A-TRACK (2011-2012)

Le présent rapport donne un aperçu des résultats de l'enquête pilote A-Track (2011-2012). Les données dans ce rapport sont présentées pour l'échantillon global, ainsi que par sexe, afin de permettre les comparaisons entre les hommes et les femmes, qui ont participé. Les résultats provenant des données des tableaux dont les cellules comportent des faibles nombres doivent être interprétés avec prudence.

Survol du système A-Track

QUOI?

Le système A-Track est un système de surveillance comportementale et biologique qui permet de surveiller la prévalence du VIH et des infections connexes ainsi que les comportements à risque qui y sont liés parmi les populations autochtones au Canada. Une enquête pilote a été lancée dans le cadre de laquelle on a demandé à des participants consentants de répondre à un questionnaire portant sur des questions démographiques, la consommation de drogues, le comportement sexuel, les tests de dépistage du VIH et de l'hépatite C ainsi que les antécédents de traitement, l'accès aux services de santé et les connaissances sur le VIH. On a également demandé aux participants de fournir un échantillon de sang prélevé par ponction capillaire au bout du doigt qui a été analysé afin de dépister des anticorps contre le VIH, l'hépatite C et la syphilis.

QUI?

La population cible de l'enquête pilote était des personnes qui se sont identifiées comme étant autochtones (membres des Premières nations, Inuits ou Métis) ou qui ont déclaré une ascendance autochtone et qui avaient entre 16 et 60 ans. La participation était volontaire et totalement anonyme.

QUAND et OÙ?

L'enquête pilote a été menée à Regina, en Saskatchewan, du 5 décembre 2011 au 15 juin 2012. Les participants ont été recrutés dans des organisations communautaires, des centres d'amitié, des points de services de soins de santé et d'autres lieux pertinents à Regina.

POURQUOI?

Les Autochtones sont affectés de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH/sida au Canada. Les résultats de l'enquête pilote A-Track peuvent donc être utilisés pour guider et évaluer les services de prévention et de traitement du VIH et d'autres infections connexes pour les Autochtones. Les leçons tirées de l'enquête pilote peuvent également être utilisées pour orienter la mise en œuvre possible du système A-Track dans d'autres sites urbains ou réserves au Canada.

¹ Si la définition de ce qu'on entend par petite taille d'une cellule varie, elle se résume assez souvent à un nombre supérieur à zéro mais inférieur à trois, cinq ou six, selon la nature des données et de la source.

COMMENT?

L'enquête pilote A-Track était un partenariat lié à la santé publique et communautaire visant à améliorer les données de surveillance. Un groupe consultatif communautaire, le réseau All Nations Hope Network, la région sanitaire de Regina Qu'Appelle, le Réseau canadien autochtone du sida, l'université First Nations University of Canada et l'Agence de la santé publique du Canada comptaient parmi les partenaires.

Le système de surveillance A-Track reconnaît le contrôle partagé des données des Autochtones, respecte les coutumes autochtones et est axé sur les principes du respect mutuel entre tous les intervenants, la reconnaissance d'une responsabilité partagée, la participation de la communauté autochtone et le recours à l'expertise locale existante.

Ce protocole du système de surveillance reconnaît les pratiques de recherches éthiques adaptées à la culture des Premières Nations, des Inuits et des Métis et propres à leurs collectivités, y compris les principes de propriété, de contrôle, d'accès, de possession et de protection des données¹, l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains², et les Lignes directrices des Instituts de recherche en santé du Canada pour la recherche en santé chez les peuples autochtones³. Les données recueillies dans le cadre du sondage pilote de Regina sont gérées en collaboration par le All Nations Hope Network, la région sanitaire de Regina Qu'Appelle et l'Agence de la santé publique du Canada.

Un artiste cri de la région, membre de la Première Nation Gordon George (Darren Pratt), a créé un symbole afin d'honorer la prise en charge par les communautés. Le nom du sondage cri, qui signifie « Nous aimons et protégeons la vie », a été choisi par l'aîné Art Kaiswatum lors de prières et d'une cérémonie. Le symbole tire sa signification du tipi qui se trouve en son centre et qui abrite quatre Nations représentées par des hommes assis en cercle autour d'un feu. La lumière flamboyante représente la lumière de toutes les Nations, toutes les cultures travaillant ensemble dans un esprit d'unité. Des pistes d'ours, de cheval, de buffle et de loup montent de chaque côté du tipi vers le centre. Les membres des quatre Nations assis en cercle autour du feu sont enveloppés de courtepointes à motif étoilé, ce qui montre l'importance des familles et du respect des nations.



Principaux Résultats

TABLEAU 1. Caractéristiques démographiques des participants à l'enquête pilote A-Track

	TOTAL (n = 1 064)	HOMMES (n = 539)	FEMMES (n = 525)	VALEUR p
Sous-groupes autochtones (n = 1 062)				
Premières nations	90,1 % (957)	88,8 % (477)	91,4 % (480)	0,357
Métis	9,7 % (103)	11,0 % (59)	8,4 % (44)	
Inuits	< 1 %	< 1 %	< 1 %	
Âge en nombre d'années (n = 1 064)				
29 et moins	42,2 % (449)	37,5 % (202)	47,1 % (247)	0,007
30 à 49	44,8 % (477)	48,2 % (260)	41,3 % (217)	
50 et plus	13,0 % (138)	14,3 % (77)	11,6 % (61)	
Orientation sexuelle (n = 1 064)				
Gais, lesbiennes, bisexuels et autres	4,5 % (48)	2,2 % (12)	6,9 % (36)	< 0,001
Hétérosexuels	95,5 % (1 016)	97,8 % (527)	93,1 % (489)	
Plus haut niveau de scolarité atteint (n = 1 064)				
Quelques années d'études secondaires ou moins	60,2 % (640)	60,3 % (325)	60,0 % (315)	0,733
Diplôme d'études secondaires	19,5 % (208)	20,2 % (109)	18,9 % (99)	
A réalisé des études supérieures	20,2 % (214)	19,3 % (104)	21,0 % (110)	
Revenu de l'ensemble des membres du ménage (n = 738)^a				
Jusqu'à 9 999 \$	27,1 % (200)	27,7 % (100)	26,5 % (100)	0,011
10 000 \$ à 39 999 \$	51,1 % (377)	46,3 % (167)	55,7 % (210)	
40 000 \$ et plus	21,8 % (161)	26,0 % (94)	17,8 % (67)	
Proportion de participants ayant été retirés ou séparés de leur famille pendant l'enfance par des agences de protection de l'enfance, l'église ou des représentants gouvernementaux (n = 1 063)	53,2 % (565)	53,0 % (285)	53,3 % (280)	0,907
Proportion de participants ayant déjà fréquenté un pensionnat pour enfants autochtones pendant l'enfance (n = 1 061)	29,9 % (317)	32,1 % (172)	27,6 % (145)	0,112

Proportion de participants ayant déjà été placés en famille d'accueil pendant l'enfance (n = 1 060)	43,4 % (460)	41,7 % (223)	45,1 % (237)	0,256
Situation de logement pendant les 12 mois précédant l'entrevue^b (n = 1 064)				
Logement stable	73,5 % (782)	68,8 % (371)	78,3 % (411)	0,001
Logement instable	6,4 % (68)	8,2 % (44)	4,6 % (24)	
Combinaison de logement stable et instable	20,1 % (214)	23,0 % (124)	17,1 % (90)	
Proportion de participants ayant déménagé au cours des 12 mois précédant l'entrevue, peu importe la raison (n = 1 064)	33,3 % (354)	33,2 % (179)	33,3 % (175)	0,966
Proportion de participants ayant déjà habité dans un établissement correctionnel (n = 1 061)	57,7 % (612)	70,2 % (376)	45,0 % (236)	< 0,001
Proportion de participants ayant habité dans un établissement correctionnel pendant les 12 mois précédant l'entrevue (n = 1 064)	5,2 % (55)	7,2 % (39)	3,1 % (16)	0,002

^a Le revenu a été mesuré d'après le revenu de l'ensemble des membres du ménage, avant imposition et autres déductions, toutes sources confondues pour l'année se terminant le 31 décembre 2010.

^b On a demandé aux participants d'indiquer tous les types d'endroits où ils avaient habité continuellement ou occasionnellement pendant les 12 mois précédant l'entrevue. Les réponses ont été classées dans les catégories « Logement stable », « Logement instable » et « Combinaison de logement stable et instable ». Logement stable comprenait : vivre dans un appartement ou une maison ou l'appartement ou la maison d'un proche pendant les 12 mois précédant l'entrevue. Logement instable comprenait : vivre chez un ami, dans une chambre d'hôtel ou d'un motel, dans une maison de chambres ou une pension de famille, dans un refuge ou une auberge, dans une maison de transition, dans un centre de désintoxication, dans un établissement correctionnel, dans un lieu public (comme une rue, des squats), dans un institut psychiatrique, dans un hôpital ou dans tout autre endroit jugé instable (p. ex. véhicule, tente, n'importe où à l'extérieur) dans les 12 mois précédant l'entrevue.

Un total de 1 064 individus ont participé à l'enquête pilote A-Track, dont 2 ont déclaré une ascendance autochtone et 1 062 se sont identifiés comme étant Autochtones. Parmi ces 1 062 Autochtones, la majorité (90,1 %) s'est identifiée comme étant des membres des Premières nations. Un peu plus de la moitié (50,7 %) des participants étaient de sexe masculin et un peu moins de la moitié (44,8 %) des participants étaient âgés de 30 à 49 ans, avec une proportion légèrement plus faible (42,2 %) âgée de moins de 29 ans et de plus de 50 ans (13,0 %). La majorité des participants (95,5 %) ont déclaré leur orientation sexuelle comme étant hétérosexuelle, mais une proportion beaucoup plus élevée de femmes que d'hommes se sont identifiés comme étant gais, lesbiennes, bisexuels ou autres (6,9 % par rapport à 2,2 %).

Un peu plus de la moitié (51,1 %) de tous les participants qui ont fourni des réponses à la question concernant le revenu du ménage ont déclaré que celui-ci se situait entre 10 000 \$ et 39 000 \$. Des différences importantes ont été relevées entre les revenus déclarés des ménages des hommes par rapport à ceux des femmes. Plus de la moitié (60,2 %) des participants n'avaient pas terminé leurs études secondaires, 19,5 % avaient un diplôme d'études secondaires et 20,3 % avaient fait des études postsecondaires.

Un peu plus de la moitié (53,2 %) des participants avaient été retirés de leur famille pendant l'enfance, près d'un tiers (29,9 %) avaient habité dans un pensionnat pendant leur enfance et 43,4 % avaient été placés en famille d'accueil pendant leur enfance. Aucune différence importante n'a été relevée entre les hommes et les femmes.

Bien que seulement 6,4 % de tous les participants ont indiqué avoir vécu uniquement dans des logements instables pendant les 12 mois précédant l'entrevue, 20,1 % ont indiqué une combinaison de logement stable et instable. Une proportion significativement plus élevée d'hommes que de femmes ont déclaré un logement instable ainsi qu'une combinaison de logement stable et instable au cours des 12 mois précédant l'entrevue. Un tiers des participants (33,3 %) ont indiqué avoir déménagé pour une raison ou une autre au cours des 12 mois précédant l'entrevue; aucune différence importante n'a été relevée entre les hommes et les femmes.

Plus de la moitié de tous les participants (57,7 %) avaient, à un moment donné dans leur vie, habité dans un établissement correctionnel; cette proportion était beaucoup plus élevée chez les participants de sexe masculin que chez les participants de sexe féminin. La proportion d'hommes qui avaient vécu dans un établissement correctionnel au cours des 12 mois précédant l'entrevue était beaucoup plus élevée que la proportion de femmes (7,2 % par rapport à 3,1 %).

TABLEAU 2. Résultats du dépistage en laboratoire des anticorps : séroprévalence du VIH, exposition à vie à l'infection par l'hépatite C et exposition à vie à la syphilis

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Séroprévalence du VIH (parmi les participants qui ont fourni un échantillon de sang, n = 1 045)^a				
Participants séropositifs pour le VIH	5,2 % (54)	6,0 % (32)	4,3 % (22)	0,213
Proportion de participants séropositifs pour le VIH qui ont déclaré des antécédents d'utilisation de drogues injectables (n = 54)	92,6 % (50)	90,6 % (29)	95,5 % (21)	0,506 ^e
Proportion de participants séropositifs pour le VIH qui étaient au courant de leur séropositivité pour le VIH (n = 52) ^b	55,8 % (29)	50,0 % (15)	63,6 % (14)	0,328
Exposition à vie à l'infection par l'hépatite C (parmi les participants qui ont fourni un échantillon de sang, n = 1 044)^c				
Participants séropositifs pour l'hépatite C	41,6 % (434)	46,1 % (245)	36,9 % (189)	0,003
État sérologique pour le VIH et l'hépatite C (parmi les participants qui ont fourni un échantillon de sang suffisant pour effectuer le dépistage d'anticorps contre le VIH et l'hépatite C, n = 1 044)				
Participants séropositifs pour le VIH seulement	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,011
Participants séropositifs pour l'hépatite C seulement	36,5 % (381)	40,2 % (214)	32,6 % (167)	
Participants séropositifs pour le VIH et l'hépatite C	5,1 % (53)	5,8 % (31)	4,3 % (22)	
Participants séronégatifs pour le VIH et l'hépatite C	58,4 % (610)	54,0 % (287)	63,1 % (323)	
Exposition à vie à la syphilis (parmi les participants qui ont fourni un échantillon de sang, n = 1 045)^d				
Participants séropositifs pour la syphilis	0,2 % (2)	0,2 % (1)	0,2 % (1)	0,977 ^e

^a Le dépistage du VIH grâce à des échantillons de gouttes de sang séchées a été réalisé en utilisant la méthode Bio-Rad GS rLAV HIV-1 EIA. Des tests de confirmation Western Blot ont ensuite été réalisés (Bio-Rad GS HIV-1). Un résultat positif indiquait une infection par le VIH. Les deux méthodes de diagnostic utilisées, Western Blot et EIA, sont approuvées par Santé Canada pour les échantillons de sang séché.

^b Les participants qui ont indiqué que les derniers résultats de leur test de dépistage du VIH étaient positifs et qui ont été identifiés comme étant séropositifs pour le VIH d'après l'analyse de l'échantillon biologique fourni au moment de l'entrevue ont été classés comme étant au courant de leur séropositivité pour le VIH.

^c Le dépistage de l'hépatite C grâce à des échantillons de sang séché a été réalisé en utilisant la version 3.0 du test VHC EIA Ortho. Les tests de confirmation n'ont pas été effectués sur les échantillons dont le test de dépistage était positif. Un résultat positif indiquait une infection passée ou présente par l'hépatite C, et ne permettait pas d'établir de distinction entre des infections aiguës et des infections chroniques ou résolues.

^d Le dépistage de la syphilis a été réalisé en utilisant l'essai de l'agglutination des particules *Treponema pallidum* de Serodia®. Les tests de confirmation n'ont pas été effectués sur les échantillons dont le test de dépistage était positif. Un résultat positif était dû à de faux résultats positifs ou à la présence d'anticorps contre la syphilis, ce qui indiquait une infection par la syphilis passée ou présente, mais ne permettait pas d'établir de distinction entre une infection aiguë et une infection chronique ou résolue.

^e Il est à noter qu'en raison du faible nombre de résultats, les résultats du test du chi carré doivent être interprétés avec prudence.

Parmi les 1 045 participants qui ont fourni un échantillon de sang suffisant pour le dépistage du VIH, 54 participants ou 5,2 % ont été trouvés séropositifs pour le VIH; il n'y avait aucune différence importante entre les hommes et les femmes. Parmi les 54 participants qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH, la majorité des femmes et des hommes avait des antécédents d'utilisation de drogues injectables; dans l'ensemble, 92,6 % de tous les participants séropositifs pour le VIH avaient, à un moment dans leur vie, utilisé des drogues injectables. Un peu plus de la moitié (55,8 %) des participants qui ont été trouvés séropositifs pour le VIH étaient au courant de leur séropositivité pour le VIH; aucune différence importante n'a été relevée entre les hommes et les femmes.

Parmi les 1 044 participants qui ont fourni un échantillon suffisant pour le dépistage de l'hépatite C, l'exposition à vie à l'infection par l'hépatite C était de 41,6 %; les proportions étaient beaucoup plus élevées chez les hommes que chez les femmes qui ont eu des résultats positifs au test de dépistage de l'exposition à l'hépatite C. Un résultat positif au dépistage de l'hépatite C indique une infection passée ou présente par l'hépatite C, et ne permet pas d'établir de distinction entre des infections aiguës et des infections chroniques ou résolues. La séroprévalence de la syphilis était très faible chez les hommes et les femmes; dans l'ensemble, seulement 0,2 % des participants étaient séropositifs pour la syphilis. Un résultat positif pour la syphilis indique une infection par la syphilis passée ou présente.

Bien qu'il ne soit pas possible de déterminer la proportion de participants qui étaient co-infectés par le VIH et l'hépatite C au moment de l'enquête en raison du test de laboratoire utilisé (c.-à-d. qu'il n'était pas possible de faire la distinction entre une infection passée ou présente par l'hépatite C), 5,1 % des participants ont été trouvés séropositifs pour le VIH et l'hépatite C. Une proportion significativement plus élevée d'hommes que de femmes ont obtenu des résultats positifs au dépistage d'anticorps contre le VIH et l'hépatite C.

TABLEAU 3. État d'infection au VIH, d'infection transmise sexuellement et d'infection tuberculeuse autodéclaré

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Proportion de participants ayant déclaré que leur résultat de test de dépistage du VIH le plus récent était positif (parmi les participants qui avaient déjà subi un test de dépistage du VIH, n = 740)	4,1 % (30)	4,2 % (15)	3,9 % (15)	0,821
Proportion de participants ayant déclaré qu'ils avaient déjà reçu un diagnostic d'infection transmissible sexuellement (n = 1 064) ^a	21,2 % (226)	14,8 % (80)	27,8 % (146)	< 0,001
Proportion de participants ayant déclaré qu'ils avaient déjà reçu un diagnostic de tuberculose ^b (n = 1 040)	3,4 % (35)	3,2 % (17)	3,5 % (18)	0,782

^a Cela signifie avoir déjà été dit par un professionnel de la santé (p. ex. un médecin ou une infirmière) que vous avez ou avez eu la chlamydie, la gonorrhée ou la syphilis.

^b Cela signifie avoir déjà été dit par un professionnel de la santé (p. ex. un médecin ou une infirmière) que vous avez ou avez eu la tuberculose des poumons ou la tuberculose de toute autre partie du corps.

Dans l'ensemble, seulement 4,1 % des participants ont indiqué que le résultat de leur test de dépistage du VIH le plus récent était positif; des proportions semblables ont été observées chez les hommes et les femmes. Une proportion beaucoup plus élevée de femmes que d'hommes ont signalé avoir déjà reçu un diagnostic d'infection transmissible sexuellement, y compris la chlamydie, la syphilis et la gonorrhée (27,8 % par rapport à 14,8 %, respectivement). Une faible proportion de participants (3,4 %) ont signalé avoir déjà reçu un diagnostic de tuberculose; aucune différence importante n'a été relevée entre les hommes et les femmes.

TABEAU 4. Comportements d'injection

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Proportion de participants ayant déjà utilisé des drogues injectables (n = 1 063)	50,0 % (532)	53,4 % (287)	46,7 % (245)	0,029
Proportion de participants ayant été trouvés séropositifs pour le VIH d'après l'analyse de l'échantillon biologique, parmi ceux qui ont signalé avoir déjà utilisé des drogues injectables (n = 528)	9,5 % (50)	10,2 % (29)	8,6 % (21)	0,549
Proportion de participants dont la première injection est survenue avant l'âge de 16 ans (n = 531)	19,4 % (103)	19,5 % (56)	19,3 % (47)	0,942
Proportion de participants ayant utilisé des drogues injectables dans les six mois précédant l'entrevue (n = 1 064)	30,3 % (322)	32,5 % (175)	28,0 % (147)	0,113
Comportements d'injection parmi les participants ayant indiqué avoir utilisé des drogues injectables dans les six mois précédant l'entrevue (n = 322)				
Proportion de participants ayant utilisé des aiguilles ou des seringues stériles lors de la dernière injection (n = 321) ^a	98,8 % (317)	97,7 % (170)	100 % (147)	0,064
Proportion de participants ayant utilisé une aiguille ou une seringue utilisée pour consommer des drogues injectables au cours des six mois précédant l'entrevue (n = 319)	9,1 % (29)	8,7 % (15)	9,6 % (14)	0,776
Drogues injectables utilisées les plus couramment dans les six mois précédant l'entrevue ^b				
Cocaïne	56,7 % (181)	59,5 % (103)	53,4 % (78)	0,272
Morphine non prescrite	51,1 % (163)	54,9 % (95)	46,6 % (68)	0,138
Ritalin	49,8 % (159)	49,1 % (89)	50,7 % (74)	0,782
Talwin et Ritalin non prescrits	17,2 % (55)	16,2 % (28)	18,5 % (27)	0,587
Dilaudid (hydromorphe)	15,7 % (50)	15,6 % (27)	15,8 % (23)	0,971

Personne la plus souvent signalée avec laquelle les participants ont utilisé des drogues injectables dans les six mois précédant l'entrevue^b				
Amis ou personnes qu'ils connaissent bien	53,3 % (171)	55,2 % (96)	51,0 % (75)	0,458
Partenaires sexuels réguliers	47,7 % (153)	47,7 % (83)	47,6 % (70)	0,988
Injection pendant qu'ils étaient seuls	40,2 % (129)	42,0 % (73)	38,1 % (56)	0,482
Emplacement de l'injection le plus souvent signalé dans les six mois précédant l'entrevue^b				
Son propre appartement ou maison	72,6 % (233)	77,0 % (134)	67,4 % (99)	0,053
Chez des amis	44,2 % (142)	46,6 % (81)	41,5 % (61)	0,364
Maison ou domicile d'un autre membre de sa famille	20,9 % (67)	20,7 % (36)	21,1 % (31)	0,930

^a Selon les obligations de déclaration internationales par l'entremise du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde, même si l'indicateur de ce Rapport est basé sur les répondants qui ont signalé l'utilisation de drogues injectables dans le dernier mois au lieu des six derniers mois.

^b On a remis aux participants une liste de réponses et on leur a demandé de cocher toutes les réponses qui s'appliquaient à eux. Étant donné que les participants pouvaient choisir plus d'une réponse, le dénominateur total n'est pas présenté.

La moitié de tous les participants (50,0 %) ont signalé avoir utilisé, à un moment dans leur vie, des drogues injectables; une proportion beaucoup plus élevée d'hommes a signalé des antécédents d'utilisation de drogues injectables. Parmi les participants ayant déclaré s'être injecté des drogues à un moment donné, 9,5 % ont été trouvés séropositifs d'après l'analyse des échantillons biologiques au moment de l'entrevue. Un peu moins d'un cinquième (19,4 %) des participants ont indiqué avoir utilisé des drogues injectables avant l'âge de 16 ans; aucune différence importante n'a été relevée entre les hommes et les femmes. Dans l'ensemble, près d'un tiers de tous les participants (30,3 %) avaient utilisé des drogues injectables pendant les six mois précédant l'entrevue; aucune différence importante n'a été observée entre les hommes et les femmes.

Parmi les 322 individus qui ont indiqué avoir utilisé des drogues injectables pendant les six mois précédant l'entrevue, la majorité (98,8 %) avait utilisé une aiguille ou une seringue propre lors de leur dernière injection; les proportions étaient semblables chez les hommes et les femmes. Toutefois, près d'un dixième (9,1 %) avaient utilisé une aiguille ou une seringue contaminée dans les six mois précédant l'entrevue, et aucune différence importante n'a été relevée entre les hommes et les femmes. En ce qui concerne les drogues ou les substances les plus souvent signalées comme ayant été injectées pendant les six mois précédant l'entrevue, aucune différence importante n'a été relevée entre les hommes et les femmes. La cocaïne ainsi que la morphine et le Ritalin non prescrits étaient les trois drogues les plus souvent utilisées par les hommes et les femmes. Aucune différence importante n'a été relevée entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les personnes avec lesquelles ils s'injectent des drogues le plus souvent; parmi les hommes et les femmes, la catégorie « amis ou personnes qu'ils connaissent bien » et ensuite la catégorie « partenaires sexuels réguliers » étaient les plus souvent signalées pour décrire les personnes avec lesquelles ils s'injectaient. Chez les hommes et chez les femmes, leur propre appartement ou maison était l'emplacement de l'injection le plus souvent signalé dans les six mois précédant l'entrevue.

TABLEAU 5. Comportements sexuels

Plusieurs des indicateurs de comportement sexuel énumérés dans le tableau ci-dessous sont conformes aux obligations de déclaration internationales, notamment le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde. Se reporter aux notes de bas de page pour savoir quels indicateurs sont conformes au Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde.

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Proportion de participants ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (parmi les participants âgés de 16 à 24 ans, n = 266) ^a	41,0 % (109)	50,0 % (58)	34,0 % (51)	0,009
Proportion de participants ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'entrevue (n = 926) ^{a,b}	42,7 % (395)	45,5 % (210)	39,9 % (185)	0,086
Proportion de participants ayant utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle (parmi les participants âgés de 16 à 49 ans qui ont indiqué avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'entrevue, n = 393) ^a	52,7 % (207)	57,7 % (120)	47,0 % (87)	0,035
Proportion de participants ayant eu un partenaire-client ^c dans les 12 mois précédant l'entrevue (n = 876)	7,2 % (63)	3,1 % (14)	11,4 % (49)	< 0,001
Proportion de participants ayant utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire-client (parmi les participants ayant signalé avoir eu un partenaire-client dans les 12 mois précédant l'entrevue, n = 62)	82,3 % (51)	78,6 % (11)	83,3 % (40)	0,682 ^d

^a Indicateur pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde

^b Cette mesure découle des réponses des participants à une série de questions liées au nombre de partenaires sexuels masculins réguliers, de partenaires sexuels masculins occasionnels, de partenaires sexuels féminins réguliers, de partenaires sexuels féminins occasionnels, de partenaires-clients et de partenaires sexuels rémunérés; seuls les participants qui ont fourni des réponses valides à au moins une des questions dans la série ont été inclus dans le dénominateur.

^c Un partenaire-client est quelqu'un qui a échangé de l'argent, des drogues, des biens ou toute autre chose contre des relations sexuelles avec le participant.

^d Il est à noter qu'en raison du faible nombre de résultats, les résultats du test du chi carré doivent être interprétés avec prudence.

Il a été constaté qu'une proportion beaucoup plus élevée d'hommes que de femmes entre l'âge de 16 et 24 ans ont eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans (50,0 % des hommes par rapport à 34,0 % des femmes). Un peu moins de la moitié (42,7 %) de tous les participants ont signalé avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans les 12 mois précédant l'entrevue; les proportions étaient semblables chez les hommes et chez les femmes. Parmi les participants

âgés de 16 à 49 ans qui ont signalé avoir eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire dans les 12 mois précédant l'entrevue, une proportion beaucoup plus élevée d'hommes avaient utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle (57,7 % des hommes par rapport à 47,0 % des femmes). Parmi les participants ayant déclaré avoir eu un partenaire-client dans les 12 mois précédant l'entrevue, 82,3 % ont signalé avoir utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle; aucune différence importante n'a été relevée entre les hommes et les femmes.

TABLEAU 6. Test de dépistage, soins et traitement liés au VIH

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Proportion de participants ayant déjà subi un test de dépistage du VIH (n = 1 049)	71,5 % (750)	67,7 % (360)	75,4 % (390)	0,005
Proportion de participants ayant subi un test de dépistage du VIH dans les 12 mois précédant l'entrevue (parmi les participants ayant déjà subi un test de dépistage du VIH, n = 750)	67,6 % (507)	68,9 % (248)	66,4 % (259)	0,469
Proportion de participants ayant déclaré qu'ils sont actuellement suivis par un médecin en raison de leur VIH (parmi les participants ayant indiqué être atteints du VIH, n = 30) ^a	86,7 % (26)	80 % (12)	93,3 % (14)	0,283 ^b
Proportion de participants ayant déjà pris des médicaments prescrits pour leur infection au VIH (parmi les participants ayant indiqué être atteints du VIH, n = 30)	66,7 % (20)	73,3 % (11)	60,0 % (9)	0,439

^a Cela signifie une seule visite, ou plus, chez un médecin ou un autre professionnel de la santé au cours des six mois précédant l'entrevue aux fins de dépistage du VIH, de traitements, de counseling, etc.

^b Il est à noter qu'en raison du faible nombre de résultats, les résultats du test du chi carré doivent être interprétés avec prudence.

Un peu moins de trois quarts (71,5 %) des participants ont signalé avoir subi un test de dépistage du VIH au moins une fois dans leur vie; les antécédents de dépistage du VIH étaient beaucoup plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Parmi les 750 participants qui avaient subi un test de dépistage du VIH, 67,6 % avaient subi un test pendant les 12 mois précédant l'entrevue; les proportions étaient semblables chez les hommes et les femmes. Parmi les participants ayant déclaré être séropositifs pour le VIH, 86,7 % ont signalé être suivis par un médecin au moment de l'entrevue, et 66,7 % ont indiqué avoir à un moment ou un autre pris des médicaments prescrits pour le VIH; aucune différence importante n'a été relevée entre les hommes et les femmes.

TABLEAU 7. Accès aux services de santé autodéclaré

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Proportion de participants ayant consulté un fournisseur de soins de santé pour un diagnostic ou une consultation au cours des 12 mois précédant l'entrevue (n = 1 062)	77,3 % (821)	72,1 % (387)	82,7 % (434)	< 0,001
Proportion de participants ayant consulté des services de santé pour les Autochtones (parmi les participants ayant déclaré avoir eu recours à des services de santé au cours des 12 mois précédant l'entrevue, n = 821)	28,3 % (232)	24,6 % (95)	31,6 % (137)	0,026
Proportion de participants ayant eu des difficultés à accéder aux services de santé (n = 817)	12,1 % (99)	12,8 % (49)	11,6 % (50)	0,596
Raisons les plus couramment signalées par rapport aux difficultés à accéder aux services de santé				
Attente trop longue pour voir le médecin (c.-à-d. attente dans le cabinet)	37,8 % (37)	49,0 % (24)	26,5 % (13)	0,022
Autres difficultés ^a	37,8 % (37)	40,8 % (20)	34,7 % (17)	0,532
Difficultés à obtenir un rendez-vous	31,6 % (31)	26,5 % (13)	36,7 % (18)	0,277

^a Les autres difficultés comprennent : victime de discrimination, manque de carte santé, problèmes de communication, médicaments demandés mais non reçus, manque d'accès aux soins pendant l'incarcération, problèmes d'admissibilité aux soins et d'autres réponses inclassables.

Un peu plus de trois quarts (77,3 %) de tous les participants ont déclaré avoir consulté un fournisseur de soins de santé pour un diagnostic ou une consultation dans les 12 mois précédant l'entrevue; la proportion de femmes à avoir effectué cette déclaration était beaucoup plus élevée que la proportion d'hommes. Parmi les participants qui ont signalé avoir eu recours à des services de santé, une proportion beaucoup plus élevée de femmes que d'hommes ont indiqué avoir accédé à des services de santé adaptés aux Autochtones (31,6 % par rapport à 24,6 %, respectivement). Des difficultés d'accès aux services de santé ont été signalées par 12,1 % de tous les participants; les difficultés les plus souvent signalées étaient l'attente dans le cabinet, d'autres difficultés (p. ex. victimes de discrimination, problèmes de communication, manque d'accès aux soins pendant l'incarcération, problèmes d'admissibilité aux soins) et des difficultés à obtenir un rendez-vous. Une proportion beaucoup plus élevée d'hommes que de femmes ont signalé l'attente dans le cabinet comme un obstacle à l'accès aux services de santé.

TABLEAU 8. Connaissances sur le VIH

Afin d'évaluer les connaissances sur le VIH, on a demandé aux participants à l'enquête A-Track de fournir des réponses à une série de questions de type vrai ou faux. Ces questions, énumérées ci-dessous en ordre décroissant selon la proportion de participants qui ont donné la bonne réponse, sont basées sur les indicateurs de connaissances sur le VIH requis pour les déclarations internationales par l'entremise du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde.

PROPORTION DE PARTICIPANTS QUI ONT RÉPONDU CORRECTEMENT :	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Une personne qui a l'air en bonne santé peut avoir le VIH (n = 1 060).	94,2 % (999)	95,2 % (510)	93,3 % (489)	0,201
L'utilisation de préservatifs réduit les risques de transmission du VIH (n = 1 060).	83,6 % (886)	87,5 % (469)	79,6 % (417)	< 0,001
À l'heure actuelle, il n'existe aucun remède contre le VIH/sida (n = 1 060).	72,9 % (773)	70,5 % (378)	75,4 % (395)	0,075
Une personne ne peut pas être infectée par le VIH en partageant un repas avec une personne contaminée (n = 1 060).	69,4 % (736)	65,5 % (351)	73,5 % (385)	0,005
Avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle qui n'est pas infecté réduit les risques de transmission du VIH (n = 1 059).	63,3 % (670)	66,5 % (356)	59,9 % (314)	0,026
Une personne ne peut pas être infectée par le VIH à partir de piqûres de moustique (n = 1 060).	58,3 % (618)	57,1 % (306)	59,5 % (312)	0,418

Dans l'ensemble, les connaissances sur le VIH variaient selon la question posée. Pour certaines questions, des différences importantes ont été relevées entre la proportion d'hommes et de femmes qui ont donné la bonne réponse. La majorité (94,2 %) des participants ont indiqué correctement qu'une personne qui a l'air en santé peut avoir le VIH. Une proportion significativement plus élevée d'hommes que de femmes ont indiqué correctement que l'utilisation de préservatifs réduit les risques de transmission du VIH et qu'avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle qui n'est pas infecté réduit également les risques de transmission du VIH. En revanche, une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes ont répondu correctement qu'une personne ne peut pas être infectée par le VIH en partageant un repas avec une personne infectée. Il est inquiétant que seulement un peu plus de la moitié (58,3 %) des participants ont indiqué correctement qu'une personne ne peut pas être infectée par le VIH à partir de piqûres de moustique; une proportion semblable d'hommes et de femmes ont répondu correctement.

Conclusions

Les résultats de l'enquête pilote A-Track sont conformes aux autres résultats qui semblent indiquer que les populations autochtones au Canada sont touchées de façon disproportionnée par le VIH/sida. Les résultats laissent également entendre que de nombreux comportements à risque peuvent contribuer à la transmission du VIH/sida et à d'autres infections transmissibles par le sang parmi les populations autochtones, et soulignent donc le besoin continu de services de santé et de soutien social, ainsi que des tests de dépistage du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang. Il existe toutefois des limites aux résultats; notamment, l'enquête pilote comprenait seulement des participants autochtones recrutés à des centres communautaires et de soins de santé à Regina. Par conséquent, il est possible que les résultats ne soient pas représentatifs de tous les Autochtones à Regina, ou de tous les Autochtones au Canada. De plus, les résultats de l'enquête pilote pour le système A-Track sont basés sur des données autodéclarées; il est donc possible que certains comportements à risque aient été surreprésentés ou sous-représentés. Malgré ces limites, les résultats de l'enquête-pilote A-Track peuvent servir à évaluer et à améliorer les stratégies d'intervention existantes conçues pour diminuer la prévalence du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang parmi les Autochtones au Canada.

Remerciements

L'enquête pilote A-Track menée à Regina était un partenariat du réseau All Nations Hope Network, de la région sanitaire de Regina Qu'Appelle, de l'université First Nations University of Canada, du Réseau canadien autochtone du sida et de l'Agence de la santé publique du Canada. Nous tenons à reconnaître et à souligner les contributions des participants à l'enquête A-Track, des membres des équipes d'enquête, des lieux d'enquête, des chercheurs principaux du site sentinelle, des cochercheurs et des collaborateurs. Nous tenons à souligner le soutien des membres du comité consultatif communautaire, des laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie et du Laboratoire national de microbiologie ainsi que de tous les autres membres de l'équipe de surveillance nationale A-Track.

Références

- ¹ First Nations Centre. (2007). OCAP: Ownership, Control, Access and Possession. Sanctioned by the First Nations Information Governance Committee, Assembly of First Nations. Ottawa: National Aboriginal Health Organization.
- ² Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada : Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, décembre 2010.
- ³ Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones. Instituts de recherche en santé du Canada. 2007.



