

CCDR RMTTC

1 March 2007 • Volume 33 • Number 5

le 1^{er} mars 2007 • Volume 33 • Numéro 5

ISSN 1188-4169

Contained in this issue:

- Risk behaviours for infection with HIV and hepatitis C virus among people who inject drugs in Regina, Saskatchewan 53

Contenu du présent numéro :

- Comportements à risque de contracter le VIH et le virus de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues par injection à Regina (Saskatchewan) 53

RISK BEHAVIOURS FOR INFECTION WITH HIV AND HEPATITIS C VIRUS AMONG PEOPLE WHO INJECT DRUGS IN REGINA, SASKATCHEWAN

M Hennink, MB, ChB, M Med (1), Z Abbas, MBBS, MPH (1), Y Choudhri, MD, MPH (2), T Diener, MB ChB, DCH, M Med, MPA (1), K Lloyd, BScN, RN (1), CP Archibald, MDCM, MHSc, FRCPC (2), S Cule, BSc (2)

1 *Population and Public Health Services, Regina Qu'Appelle Health Region, Regina, Saskatchewan*
 2 *Public Health Agency of Canada, Ottawa, Ontario*

Introduction

The Regina Qu'Appelle Health Region (RQHR) in collaboration with the Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Public Health Agency of Canada (PHAC), implemented an I-Track, enhanced surveillance system to monitor risk behaviours among people who inject drugs (IDU)⁽¹⁾. I-Track consists of repeated, cross-sectional surveys of IDU from urban and semi-urban centres across Canada and provides critical information for those involved in planning and evaluating the response to programs to combat HIV and hepatitis C (HCV) infection among IDU.

The main objective of I-Track is to monitor trends over time in high-risk behaviour associated with HIV and HCV infection among IDU, as well as their HIV and HCV testing patterns. I-Track activities are being undertaken in multiple cycles over time with data being collected from IDU periodically. It is important to know the characteristics and risk behaviours of IDU to guide community interventions, priority setting and treatment.

This publication presents information on the injecting and sexual behaviours of IDU recruited in Regina in 2005 as well as their HIV and HCV testing patterns. A report on Phase I of I-Track studies can be accessed at <<http://dev.phac-aspc.gc.ca/phac-aspc/i-track/sr-re-1/index.html>>.

COMPORTEMENTS À RISQUE DE CONTRACTER LE VIH ET LE VIRUS DE L'HÉPATITE C CHEZ LES UTILISATEURS DE DROGUES PAR INJECTION À REGINA (SASKATCHEWAN)

M Hennink, MB, ChB, M Med (1), Z Abbas, MBBS, MPH (1), Y Choudhri, MD, MPH (2), T Diener, MB ChB, DCH, M Med, MPA (1), K Lloyd, BScN, IA (1), CP Archibald, MDCM, MHSc, FRCPC (2), S Cule, BSc (2)

1 *Population and Public Health Services, Regina Qu'Appelle Health Region, Regina (Saskatchewan)*
 2 *Agence de santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)*

Introduction

La Regina Qu'Appelle Health Region (RQHR), en collaboration avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), a mis en place un système de surveillance améliorée nommé I-Track pour suivre de près les comportements à risque chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI)⁽¹⁾. Le système I-Track consiste à mener des enquêtes transversales répétées auprès d'UDI de centres urbains et semi-urbains du Canada, afin de fournir des renseignements indispensables aux responsables de l'élaboration et de l'évaluation des programmes de lutte contre l'infection à VIH et l'hépatite C (VHC) chez les UDI.

L'objectif principal du système I-Track est de surveiller aussi bien l'évolution dans le temps du comportement à risque élevé associé au VIH et au VHC que les tendances en matière de dépistage de ces infections chez les UDI. Les activités du système I-Track sont menées au fil de plusieurs cycles de collecte périodique de données auprès des UDI. Il est important de connaître les caractéristiques et les comportements à risque des UDI afin d'orienter les interventions dans la collectivité, l'établissement des priorités et le traitement.

Nous présentons ici de l'information sur les comportements sexuels et les comportements en matière d'injection chez des UDI recrutés à Regina en 2005, ainsi que sur les tendances en matière de dépistage du VIH et du VHC dans ce groupe. Il est possible de consulter un rapport sur la phase I des enquêtes I-Track à l'adresse suivante : <<http://dev.phac-aspc.gc.ca/phac-aspc/i-track/sr-re-1/index.html>>.

Methods

A cross-sectional study was undertaken in the city of Regina during March and April 2005 as part of an ongoing, second-generation surveillance system of IDU. The sample comprised 250 self-referred IDU recruited primarily from the Needle Exchange Program (NEP) operated by the RQHR as well as through community agencies that work with persons who use injection drugs. An IDU was defined as someone who reported injecting drugs, for non-therapeutic purposes, in the 6 months preceding the interview. Verbal informed consent was obtained from all subjects for participation in the study. A person who appeared to be incapable of understanding the information provided about the survey, unable to understand English or who did not meet the lower age limit for the age of consent (16 years) was excluded. Face-to-face interviews were conducted by a trained public health nurse and community health worker using a standardized questionnaire. No identifying information was collected at any time throughout the interview.

The interviews lasted approximately 25 minutes and included questions related to socio-demographic characteristics, drug use, risk behaviours in terms of needle sharing and lending, sexual behaviours, number of sexual partners and condom use in the preceding 6 months. Questions about previous testing for HIV and HCV were also asked. Two types of biological samples were collected: capillary blood was collected on blotting paper by finger prick with single-use lancets and tested for HIV and HCV at the National HIV and Retrovirology Laboratories, and a urine sample was collected and tested for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*.

Data were analyzed using the SPSS Version 13.0⁽²⁾.

Results

From 14 March, 2005, to 12 April, 2005, 250 individuals (136 men and 114 women) participated in the study. For both sexes, the mean age was 34.8 years; the median age of the women was lower than that of men (31 years versus 38 years). The majority of participants (87.2%) identified themselves as aboriginal. More than two-thirds (68%) of them had less than high school education. Nearly all (98%) lived in the city of Regina.

The socio-demographic characteristics are listed in Table 1.

History of drug use and drug of choice

The mean age of initiating injection drug use was 20.9 years (range 10 to 48 years; females 20.8 years, males 21.0 years). Reported patterns of drug use among male and female IDUs were similar for most drugs (Table 1). Cocaine was the most common drug injected in the previous 6 months for both sexes, followed by Talwin and Ritalin in female IDU and Ritalin alone in male IDU. The most common locations where injection drug use took place, as identified by 233 respondents, were the participant's home/apartment (64.4%), friend's place (17.6%) and at parent(s)/other relative's home (8%). Nearly a quarter of them (23.2%) reported injecting in public places in the previous 6 months. The drugs were reported to be injected mostly with regular sex partners (40.0%) followed by close friends (24.8%), and 16.4% reported always injecting alone.

Méthodes

Une étude transversale a été réalisée dans la ville de Regina au cours des mois de mars et d'avril 2005 dans le cadre d'un système de surveillance de deuxième génération des UDI. L'échantillon comptait 250 UDI qui se sont présentés sans recommandation. Ils avaient été recrutés essentiellement par l'intermédiaire du programme d'échange de seringues (PES) géré par la RQHR et par des organismes communautaires qui travaillent auprès des utilisateurs de drogues par injection. On a défini l'UDI comme une personne ayant déclaré s'être injecté des drogues à des fins non thérapeutiques au cours des 6 mois précédant l'entrevue. Tous les sujets ont donné un consentement verbal éclairé pour participer à l'étude. Toute personne qui semblait être incapable de comprendre l'information donnée au sujet de l'enquête, incapable de comprendre l'anglais ou qui n'avait pas encore atteint l'âge de consentement (16 ans) était exclue. Des entrevues directes ont été menées par une infirmière de la santé publique et un agent de santé communautaire spécialement formés, à l'aide d'un questionnaire normalisé. Aucune information pouvant permettre l'identification du répondant n'a été recueillie au cours de l'entrevue.

Chaque entrevue durait environ 25 minutes et comprenait des questions sur les caractéristiques sociodémographiques, l'usage de drogues, les comportements à risque en ce qui a trait au partage (prêt/emprunt) des seringues, les comportements sexuels, le nombre de partenaires sexuels et l'usage du condom au cours des 6 mois précédant l'enquête. Des questions relatives aux tests de dépistage du VIH et du VHC subis dans le passé ont également été posées. Deux types d'échantillons biologiques ont été obtenus : du sang capillaire, recueilli sur du papier buvard par ponction digitale à l'aide de lancettes jetables, en vue du dépistage du VIH et du VHC aux Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie, et de l'urine pour détecter la présence de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae*.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (version 13.0)⁽²⁾.

Résultats

Entre le 14 mars et le 12 avril 2005, 250 personnes (136 hommes et 114 femmes) ont participé à l'étude. L'âge moyen des sujets (deux sexes combinés) était de 34,8 ans; l'âge médian des femmes était inférieur à celui des hommes (31 ans contre 38 ans). La majorité des participants (87,2 %) ont déclaré être d'origine autochtone. Plus des deux tiers d'entre eux (68 %) n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Presque tous (98 %) habitaient la ville même de Regina.

Les caractéristiques sociodémographiques sont présentées au tableau 1.

Antécédents de consommation de drogues et drogue de prédilection

L'âge moyen lors de la première injection de drogues était de 20,9 ans (intervalle de 10 à 48 ans; 20,8 ans chez les femmes et 21,0 ans chez les hommes). Les profils de consommation observés parmi les UDI de sexe féminin et masculin étaient semblables pour la plupart des drogues (tableau 1). La cocaïne était la drogue injectable la plus couramment utilisée par les sujets des deux sexes au cours des 6 mois précédents, suivie du Talwin et du Ritalin chez les UDI de sexe féminin, et du Ritalin seulement chez les UDI de sexe masculin. Les lieux d'injection les plus courants, selon les déclarations de 233 répondants, étaient la maison ou l'appartement du participant (64,4 %), la résidence d'un ami (17,6 %) ou la résidence d'un parent ou d'un autre proche (8 %). Près du quart d'entre eux (23,2 %) ont déclaré s'être injecté des drogues dans des endroits publics au cours des 6 mois précédents. L'enquête montre que les drogues étaient injectées le plus souvent en compagnie de partenaires sexuels réguliers (40,0 %), suivis des amis intimes (24,8 %); 16,4 % des participants ont déclaré être toujours seuls lorsqu'ils s'injectaient des drogues.

Table 1. Socio-demographic characteristics of I-Track participants in Regina, 2005

Tableau 1. Caractéristiques démographiques des participants à l'enquête I-Track à Regina, 2005

Characteristic	Caractéristiques	Female (n = 114)/Femmes (n = 114)		Male (n = 136)/Hommes (n = 136)	
		n	%	n	%
Age distribution	Distribution selon l'âge				
< 20	< 20 ans	4	3.5	4	2.9
20-29	20 à 29 ans	42	36.8	26	19.1
30-39	30 à 39 ans	42	36.8	50	36.8
≥ 40	≥ 40 ans	24	21.1	56	41.2
Missing	Donnée manquante	2	1.8	0	0.0
Ethnic origin	Origine ethnique				
Aboriginal	Autochtone	105	92.1	113	83.1
Canadians	Canadien	5	4.4	11	8.1
Other	Autre	1	0.9	3	2.2
Missing	Donnée manquante	3	2.6	0	0.0
Education	Scolarité				
< Grade 12	< 12 ^e année	83	72.8	87	64.0
Grade 12	12 ^e année	22	19.3	26	19.1
> Grade 12	> 12 ^e année	7	6.1	23	16.9
Missing	Donnée manquante	2	1.8	0	0.0
Current residence	Lieu de résidence actuel				
Regina	Regina	112	98.2	133	97.8
Other city	Autre ville	1	0.9	3	2.2
Missing	Donnée manquante	1	0.9	0	0.0
Residence within the previous 6 months	Lieu de résidence au cours des 6 mois précédents				
Not lived elsewhere	N'a pas habité ailleurs	88	77.2	101	74.3
Lived elsewhere	A habité ailleurs	25	21.9	35	25.7
Missing	Donnée manquante	1	0.9	0	0.0

Table 2. Drug history

Tableau 2. Antécédents de consommation de drogues

		Female (n = 114)/Femmes (n = 114)		Male (n = 136)/Hommes (n = 136)	
		n	%	n	%
IV drug of choice	Drogue IV de prédilection				
Cocaine	Cocaine	38	33.3	50	36.8
Talwin and Ritalin	Talwin et Ritalin	30	26.3	26	19.1
Ritalin alone	Ritalin seulement	29	25.4	30	22.1
Morphine	Morphine	14	12.3	22	16.2
Others	Autres	3	2.7	8	5.8
Non-injected drug of choice	Drogue non IV de prédilection				
Alcohol	Alcool	31	27.2	31	22.8
Marijuana	Marijuana	24	21.1	37	27.2
Tylenol with codeine	Tylenol avec codéine	10	8.8	17	12.5
Methadone	Méthadone	10	8.8	9	6.6
Benzodiazepines	Benzodiazépines	8	7.0	8	5.9
Others	Autres	23	20.2	25	18.4
Missing	Donnée manquante	8	7.0	9	6.6
Most common site of injection	Principal lieu d'injection				
Own house/apartment	Maison/appartement du répondant				
Friend's place	Résidence d'un ami				
Parents'/other relative's house	Maison des parents/d'un autre proche				
Other	Autre				
Missing	Donnée manquante				

Risk behaviours

Ten percent of the participants (25/250) reported sharing needles/syringes in the 6 months prior to the study: 23/250 respondents (9.2%) reported borrowing used needles, and 25/250 (10.0%) reported lending in the previous 6 months. Forty-one percent (102/250) reported injecting with other used equipment. Almost half (46.8%) reported lending used injection equipment (defined as sharing cookers/spoon, water or filter) to someone else in the preceding 6 months. Used needles were borrowed mostly from regular sex partners (43.5%) and family (21.7%).

Sexual risk behaviours

The majority of respondents reported being sexually active in the previous 6 months. Of 136 males, 122 (89.7%) reported having had a female sexual partner, 3 (2.2%) reported having had both male and female sexual partners, and one reported having had only male sexual partners in the preceding 6 months (Table 3). Of 114 females, 101 (88.6%) reported having had male sexual partners, three (2.6%) reported only female sexual partners, and eight (7%) reported both male and female sexual partners. Of the 122 males who reported heterosexual activity, 103 (84.4%) had had regular partners, 36 (29.5%) casual partners and two (1.6%) client partners. Eighty-nine females (88.1%) had had regular partners, 24 (23.8%) casual partners and 26 (25.7%) client partners in the preceding 6 months.

Table 3. Type of opposite sex partners, by gender

Type of sexual partner	Male (n = 122) Number (%)	Female (n = 101) Number (%)
Regular partner	103 (84.4%)	89 (88.1%)
Casual partner	36 (29.5%)	24 (23.8%)
Client partner	2 (1.6%)	26 (25.7%)

Condom use

Table 4 shows reported frequency of condom use with sexual partners. Participants with regular sex partners were more likely to never use condoms than were those with casual and client sex partners. The largest percentage of respondents reported never using condoms with regular partners. Approximately 68% of males and 70% of females never used condoms with regular sex partners during vaginal sex. Only 14% of males and 16% of females always used condoms with regular sexual partners during vaginal sex. This rate improved with casual and client sexual partners.

HIV and HCV prevalence

Blood samples were obtained from 238 participants. Of these, seven (2.9%) tested positive for HIV, and of 237 tests carried out for HCV, 151 (63.7%) were positive. Of the seven persons whose specimens were positive for HIV, six were coinfected with HCV.

Comportements à risque

Dix pour cent des participants (25 sur 250) ont déclaré avoir partagé des seringues ou des aiguilles au cours des 6 mois précédant l'entrevue : 23 répondants sur 250 (9,2 %) ont dit avoir emprunté des seringues usagées, et 25 sur 250 (10,0 %) ont déclaré en avoir prêté au cours des 6 mois précédents. Quarante et un pour cent des répondants (102 sur 250) ont admis s'être injecté des drogues avec d'autre matériel d'injection ayant déjà servi. Presque la moitié des répondants (46,8 %) ont déclaré avoir prêté du matériel d'injection déjà utilisé (réchaud ou cuillère, eau, filtre) à quelqu'un d'autre au cours des 6 mois précédents. Les seringues usagées étaient le plus souvent empruntées aux partenaires sexuels réguliers (43,5 %) ou à un membre de la famille (21,7 %).

Comportements sexuels à risque

La majorité des répondants ont dit avoir été actifs sexuellement au cours des 6 mois précédents. Sur 136 hommes, 122 (89,7 %) ont affirmé avoir eu des partenaires sexuels féminins, trois (2,2 %), des partenaires sexuels des deux sexes, et un, des partenaires sexuels masculins seulement au cours des 6 mois précédents (tableau 3). Sur 114 femmes, 101 (88,6 %) ont déclaré avoir eu des partenaires sexuels masculins, 3 (2,6 %), des partenaires sexuels féminins seulement, et huit (7 %) des partenaires sexuels des deux sexes. Parmi les 122 hommes ayant signalé une activité hétérosexuelle, 103 (84,4 %) avaient eu des partenaires réguliers, 36 (29,5 %), des partenaires occasionnels, et deux (1,6 %) des partenaires-clients. Quatre-vingt-neuf femmes (88,1 %) avaient eu des partenaires réguliers, 24 (23,8 %) des partenaires occasionnels, et 26 (25,7 %) des partenaires-clients au cours des 6 mois précédents.

Tableau 3. Type de partenaire du sexe opposé, selon le sexe

Type de partenaire sexuel	Hommes (n = 122) Nombre (%)	Femmes (n = 101) Nombre (%)
Partenaire régulier	103 (84,4%)	89 (88,1%)
Partenaire occasionnel	36 (29,5%)	24 (23,8%)
Partenaire-client	2 (1,6%)	26 (25,7%)

Usage du condom

Le tableau 4 fait état de l'usage du condom avec les partenaires sexuels. Les participants ayant des partenaires sexuels réguliers étaient plus nombreux à ne jamais utiliser de condom que ceux ayant des partenaires sexuels occasionnels ou des partenaires-clients. Les répondants ont dans une plus forte proportion indiqué ne jamais utiliser de condom avec des partenaires réguliers. Environ 68 % des hommes et 70 % des femmes ne faisaient jamais usage de condom lors de rapports vaginaux avec des partenaires sexuels réguliers. Seulement 14 % des hommes et 16 % des femmes faisaient toujours usage de condom lors de rapports vaginaux avec des partenaires sexuels réguliers. Ce taux augmentait avec les partenaires sexuels occasionnels et les partenaires-clients.

Prévalence du VIH et du VHC

Des échantillons de sang ont été recueillis auprès de 238 participants. De ce nombre, sept (2,9 %) ont obtenu des résultats positifs au test de dépistage du VIH. Sur les 237 tests de détection du VHC qui ont été effectués, 151 (63,7 %) étaient positifs. Six des sept personnes dont les échantillons étaient positifs pour le VIH étaient co-infectés par le VHC.

Table 4. Frequency of reported condom use during sex with partner of opposite sex

Tableau 4. Fréquence de l'usage déclaré du condom lors de rapports sexuels avec un partenaire du sexe opposé

		Regular/Régulier			Casual/Occasionnel			Client/Client		
		Vaginal (n = 104) n (%)	Oral (n = 69) n (%)	Anal (n = 15) n (%)	Vaginal (n = 37) n (%)	Oral (n = 17) n (%)	Anal (n = 6) n (%)	Vaginal (n = 3) n (%)	Oral (n = 2) n (%)	Anal (n = 0) n (%)
Males: frequency of condom use with female sex partners/Hommes : fréquence de l'usage du condom avec un partenaire sexuel féminin										
Always	Toujours	15 (14.4)	11 (15.9)	2 (13.3)	22 (59.5)	10 (58.8)	4 (66.7)	2 (66.7)	1 (50.0)	
Usually	Habituellement	2 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (8.1)	1 (5.9)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Sometimes	Parfois	3 (2.9)	3 (4.4)	0 (0.0)	3 (8.1)	1 (5.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Occasionally	À l'occasion	12 (11.5)	6 (8.7)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Never	Jamais	71 (68.3)	47 (68.1)	10 (66.7)	9 (24.3)	3 (17.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Missing/refused	Donnée manquante/refus	1 (1.0)	1 (1.5)	2 (13.4)	1 (2.7)	2 (11.8)	1 (16.7)	1 (33.3)	1 (50.0)	
		Vaginal (n = 90) n (%)	Oral (n = 67) n (%)	Anal (n = 22) n (%)	Vaginal (n = 24) n (%)	Oral (n = 15) n (%)	Anal (n = 6) n (%)	Vaginal (n = 25) n (%)	Oral (n = 21) n (%)	Anal (n = 6) n (%)
Females: frequency of condom use with male sex partners/Femmes : fréquence de l'usage du condom avec un partenaire sexuel masculin										
Always	Toujours	14 (15.6)	10 (14.9)	4 (18.2)	15 (62.5)	8 (53.3)	2 (100.0)	23 (92.0)	19 (90.5)	5 (83.3)
Usually	Habituellement	3 (3.3)	3 (4.5)	1 (4.6)	1 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.0)	1 (4.8)	0 (0.0)
Sometimes	Parfois	5 (5.6)	4 (6.0)	1 (4.6)	0 (0.0)	2 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Occasionally	À l'occasion	5 (5.6)	3 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Never	Jamais	63 (70.0)	46 (68.7)	15 (68.2)	8 (33.3)	4 (26.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.8)	0 (0.0)
Missing/Refused	Donnée manquante/refus	0 (0.0)	1 (1.5)	1 (4.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.0)	0 (0.0)	1 (16.7)

Prevalence of chlamydia and gonococcal infection

Not all participants provided urine samples. Some voiced concerns that the urine collection might be used for the purpose of drug testing. Two hundred and twenty-five participants provided urine samples, and among these the prevalence of chlamydia was 6.9% and of gonococcal infection was 0.8%. One participant had concurrent chlamydial and gonorrhoeal infection.

Discussion

The results of this survey showed that use of cocaine has gone up: the proportion for whom cocaine was the most commonly injected drug was higher than that found in a similar survey done in 2003 (35.6% versus 18.9%). The borrowing of needles by people who inject drugs has decreased as compared with the 2003 survey (9.2% versus 16.5%). Similarly, borrowing of other injecting equipment has gone down, from 53.5% in 2003 to 40.8% in 2005. Although borrowing of equipment and needles has shown a downward trend, a high level of sharing and lending of used injection equipment in the previous 6 months is still a concern, and the likelihood of transmission of HIV and other blood-borne infections cannot be ruled out. Sexual activity was high, the majority of IDUs being sexually active in the preceding 6 months. Condom use was low with regular partners as compared with casual or client sexual partners.

HCV is acquired relatively soon after individuals begin injecting drugs. Within 5 years of beginning to inject, 50% to 80% of IDUs are infected with HCV. As a result, many IDUs who become infected with HIV are already infected with HCV⁽³⁾. This trend was also found in our study population.

The HIV prevalence in this group was 2.9%, which is higher than the figure of 1.2% obtained in a similar survey in 2003. Self-selection of participants in this survey makes it difficult to say with any certainty how representative they are of the IDU popu-

Prévalence de la chlamydie et de la gonorrhée

Certains participants n'ont pas fourni d'échantillons d'urine, disant craindre que les échantillons recueillis ne soient utilisés à des fins de détection de drogues. Parmi les 225 participants qui ont fourni ces échantillons, la prévalence de la chlamydie était de 6,9 %, et celle de la gonorrhée, de 0,8 %. Un participant était à la fois atteint de chlamydie et de gonorrhée.

Analyse

Les résultats de cette enquête font ressortir une augmentation de l'usage de la cocaïne. La proportion de répondants ayant indiqué que la cocaïne était la drogue qu'ils s'injectaient le plus souvent était plus élevée que dans une enquête antérieure effectuée en 2003 (35,6 % contre 18,9 %). L'emprunt de seringues par les personnes qui s'injectent des drogues était une pratique moins courante que dans l'enquête de 2003 (9,2 % contre 16,5 %). L'emprunt d'autre matériel d'injection était également moins fréquent, ayant chuté de 53,5 % en 2003 à 40,8 % en 2005. Malgré la tendance à la baisse observée dans l'emprunt de matériel d'injection et de seringues, le taux élevé de partage et de prêt de matériel d'injection usagé au cours des 6 mois précédents demeure préoccupant, et le risque de transmission du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang ne peut être exclu. L'activité sexuelle était élevée, la majorité des UDI ayant été sexuellement actifs au cours des 6 mois précédents. L'usage du condom était moins fréquent avec des partenaires réguliers qu'avec des partenaires occasionnels ou des partenaires-clients.

Le VHC est contracté relativement rapidement après le début de l'injection de drogues. Dans les 5 ans qui suivent l'adoption de cette pratique, entre 50 % et 80 % des UDI sont infectés par le VHC. Par conséquent, un grand nombre d'UDI sont déjà infectés par le VHC au moment où ils contractent le VIH⁽³⁾. Cette tendance a également été observée dans la population à l'étude.

Dans ce groupe, la prévalence du VIH était de 2,9 %, chiffre supérieur au résultat obtenu (1,2 %) dans une étude semblable menée en 2003. En raison de l'auto-sélection des participants à cette enquête, il est difficile de déterminer avec certitude dans quelle mesure ce groupe est représentatif de

lation in Regina. The HIV prevalence found in this study is relatively low as compared with the reported prevalence among IDU in Edmonton (23.8%), Quebec (17.3%), Victoria (15.4%), Sudbury (12.2%), Winnipeg (13.1%) and Toronto (7.6%)⁽⁴⁾.

There were as many women as men in this survey, in contrast to most population-based surveys of IDUs, in which the majority are male⁽⁵⁾. As compared with the proportion of aboriginal persons making up the population in Regina, a disproportionately high number of survey participants identified themselves as aboriginal.

There is an ongoing risk of sexual transmission of HIV between IDUs and their sexual partners, since reported condom use during sexual activity with regular sexual partners was very low and sharing of syringes, needles and equipment was mostly being carried out with regular sexual partners.

The information in this report are subject to several limitations. The findings of the study may not be generalizable to other cities. Because an interviewer administered the survey, some respondents may not have reported their behaviours accurately. A number of steps were taken to minimize social desirability bias, such as providing private and confidential areas for interviewing as well as stressing the confidential nature of the survey. Participant recruitment in this survey was dependent upon self-selection and may not have represented all IDU in Regina. The current needle exchange programs do not appear to attract many users who would be considered middle-class or higher. Individuals are able to purchase injection equipment, including needles and sharps containers, without a medical prescription throughout the region. It is likely that those who can afford to do so are not accessing the current needle exchange programs.

The findings from this survey were shared with a variety of stakeholders and at an open event for IDU. The findings are being incorporated by the Health Region in its harm reduction programs.

Acknowledgements

The authors wish to thank personnel at the Regina Qu'Appelle Health Region for conducting the interviews, National HIV and Retrovirology Laboratories for doing the HIV and HCV testing, and the Saskatchewan Provincial Laboratory for conducting the chlamydia and gonorrhoea testing. The authors would also like to thank all the individuals who participated in the survey and shared their time.

References

1. Public Health Agency of Canada. *I-Track – enhanced surveillance of risk behaviours among injecting drug users in Canada, pilot survey report, 2004*. URL: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/index.html>>. Accessed 20 August, 2006.
2. Centres for Disease Control and Prevention. *Hepatitis C virus and HIV coinfection*. IDU/HIV Prevention, September 2002. URL: <http://www.cdc.gov/idu/hepatitis/hepc_and_hiv_co.pdf>. Accessed 20 August, 2006.

la population d'UDI de Regina. La prévalence du VIH observée dans cette étude est relativement faible comparativement à celle signalée chez les UDI à Edmonton (23,8 %), à Québec (17,3 %), à Victoria (15,4 %), à Sudbury (12,2 %), à Winnipeg (13,1 %) et à Toronto (7,6 %)⁽⁴⁾.

Les femmes étaient aussi nombreuses que les hommes à participer à cette étude, situation qui diffère de celle observée dans la plupart des enquêtes en population menées auprès des UDI, où la majorité des participants sont de sexe masculin⁽⁵⁾. Le nombre de participants qui ont dit être d'origine autochtone était disproportionnellement élevé comparativement à la proportion d'Autochtones parmi la population de Regina.

Le risque de transmission sexuelle du VIH entre les UDI et leurs partenaires sexuels est toujours présent, puisque l'usage déclaré du condom pendant les rapports sexuels avec des partenaires réguliers était très faible et que le partage de seringues, d'aiguilles et de matériel se faisait principalement avec les partenaires sexuels réguliers.

Les données exposées dans ce rapport présentent plusieurs limites. Les résultats de l'étude ne peuvent être appliqués à d'autres villes. Étant donné que le questionnaire a été administré par un intervieweur, certains répondants n'ont peut-être pas déclaré leurs comportements avec exactitude. Un certain nombre de mesures ont été prises pour réduire au minimum le biais de désirabilité sociale : on a notamment prévu des zones permettant de réaliser les entrevues de façon privée et confidentielle et l'on a souligné l'importance du caractère confidentiel de l'enquête. Le recrutement des participants à cette enquête reposait sur l'auto-sélection et pourrait n'être pas représentatif de l'ensemble des UDI de Regina. Les programmes actuels d'échange de seringues ne semblent pas attirer un grand nombre d'utilisateurs qui pourraient être considérés comme appartenant à la classe moyenne ou supérieure. Les utilisateurs peuvent acheter du matériel d'injection, y compris des seringues et des récipients pour objets pointus ou tranchants, sans prescription médicale, dans toute la région. Il y a tout lieu de croire que les personnes ayant les moyens de s'en abstenir ne fréquentent pas les programmes actuels d'échange de seringues.

Les résultats de la présente enquête ont été communiqués à divers intervenants ainsi que lors d'une activité ouverte destinée aux UDI. Ils seront intégrés aux programmes de réduction des méfaits de la région sanitaire.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le personnel de la Regina Qu'Appelle Health Region, qui a réalisé les entrevues. Ils remercient également les Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie, qui ont pratiqué les tests de détection du VIH et du VHC ainsi que le laboratoire provincial de la Saskatchewan, qui a effectué les tests de dépistage de la chlamydie et de la gonorrhée. Enfin, les auteurs voudraient exprimer leur reconnaissance envers toutes les personnes qui ont pris le temps de participer à l'enquête.

Références

1. Public Health Agency of Canada. *I-Track – enhanced surveillance of risk behaviours among injecting drug users in Canada, pilot survey report, 2004*. URL: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/index.html>>. Accédé le 20 août, 2006.
2. Centres for Disease Control and Prevention. *Hepatitis C virus and HIV coinfection*. IDU/HIV Prevention, September 2002. URL: <http://www.cdc.gov/idu/hepatitis/hepc_and_hiv_co.pdf>. Accédé le 20 août, 2006.

3. Public Health Agency of Canada. *I-Track: enhanced surveillance of risk behaviours among people who inject drugs. Phase I report, August 2006*. URL: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/sr-re-1/index.html>>. Accessed 1 September, 2006.
 4. Elliott L, Blanchard J. *The Winnipeg Injection Drug Epidemiology (W.I.D.E.) Study: A study of the epidemiology of injection drug use and HIV infection in Winnipeg, Manitoba: Final report*. Winnipeg: Epidemiology Unit, Manitoba Health, 1999.
3. Public Health Agency of Canada. *I-Track: enhanced surveillance of risk behaviours among people who inject drugs. Phase I report, August 2006*. URL: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/sr-re-1/index.html>>. Accédé le 1^{er} septembre, 2006.
 4. Elliott L, Blanchard J. *The Winnipeg Injection Drug Epidemiology (W.I.D.E.) Study: A study of the epidemiology of injection drug use and HIV infection in Winnipeg, Manitoba: Final report*. Winnipeg: Epidemiology Unit, Manitoba Health, 1999.

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. The Public Health Agency of Canada does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere. Copies of the report or supplements to the CCDR can be purchased through the Member Service Centre of the Canadian Medical Association.

Nicole Beaudoin
Editor-in-Chief
(613) 957-0841

Kim Hopkinson
Desktop Publishing

Submissions to the CCDR should be sent to the Editor-in-Chief
Public Health Agency of Canada
Scientific Publication and Multimedia Services
120 Colonnade Rd, A.L. 6702A
Ottawa, Ontario K1A 0K9

To subscribe to this publication, please contact:
Canadian Medical Association
Member Service Centre
1867 Alta Vista Drive, Ottawa, ON Canada K1G 3Y6
Tel. No.: (613) 731-8610 Ext. 2307 or (888) 855-2555
FAX: (613) 236-8864

Annual subscription: \$122 (plus applicable taxes) in Canada; \$162 (U.S.) outside Canada.

This publication can also be accessed electronically via Internet using a Web browser at
<<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc>>.

(On-line) ISSN 1481-8531

Publications Mail Agreement No. 41387051

© Minister of Health 2007

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. L'Agence de santé publique du Canada ne peut être tenue responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs. Pour acheter des copies du RMTC ou des suppléments au rapport, veuillez communiquer avec le Centre des services aux membres de l'Association médicale canadienne.

Nicole Beaudoin
Rédactrice en chef
(613) 957-0841

Kim Hopkinson
Éditique

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à
Rédactrice en chef
Agence de santé publique du Canada
Section des publications scientifiques et services
multimédias, 120, chemin Colonnade, 1.A. 6702A
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Association médicale canadienne
Centre des services aux membres
1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6
N° de tél. : (613) 731-8610 Poste 2307 ou (888) 855-2555
FAX : (613) 236-8864

Abonnement annuel : 122 \$ (et frais connexes) au Canada; 162 \$ US à l'étranger.

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à
<<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc>>.

(En direct) ISSN 1481-8531

Poste-publications n° de la convention 41387051

© Ministre de la Santé 2007