

Université de Montréal

# **De l'influence du type de substance injectée sur le comportement du partage du matériel d'injection**

par Jean-Bruno Caron

Département de médecine sociale et préventive  
École de santé publique de l'Université de Montréal

Mémoire présenté  
en vue de l'obtention du grade de maîtrise  
en santé publique  
option mémoire

30 août 2017

© Jean-Bruno Caron, 2017

## Résumé

Parmi les comportements considérés comme préoccupants d'un point de vue de santé publique dans la population québécoise, ceux qui concernent les problèmes d'abus ou de dépendance aux drogues sont importants. Au sein de ceux-ci, l'utilisation de drogues par injection occupe une place essentielle puisque ce mode de consommation est considéré comme très à risque au niveau de la propagation des infections virales, notamment via le partage du matériel d'injection. Bien que cette dernière pratique a diminué lors des deux dernières décennies au Québec, elle n'a pas disparu et semble même s'être stabilisée depuis quelques années. Or, puisque ce ne sont pas toutes les personnes utilisatrices de drogues par injection qui partagent leur matériel de consommation, il est primordial d'identifier les facteurs qui contribuent à la persistance d'un tel comportement afin de mettre sur pied des mesures efficaces susceptibles d'endiguer ce problème.

En plus des caractéristiques individuelles des personnes qui s'injectent des drogues et des contextes socio-environnementaux dans lesquels cette consommation se produit, plusieurs acteurs recommandent en outre de tenir compte de l'influence issue des substances consommées sur les pratiques d'injection. Pour ce faire, nous avons choisi d'examiner le rôle et l'influence que la substance injectée pouvait avoir sur le comportement du partage du matériel de consommation en sollicitant l'expérience de personnes utilisatrices de drogues par injection. Neuf participants furent sélectionnés par l'entremise de quatre organismes communautaires de Montréal, Québec et Gatineau afin de participer à une entrevue individuelle semi-dirigée portant sur des épisodes de consommation précis. L'objectif était de mieux comprendre le sens qu'ils donnent à leurs expériences d'injections avec ou sans partage du matériel ainsi que les types d'enchaînements et les mécanismes sous-jacents qui sont à l'œuvre entre l'injection d'une drogue spécifique et l'événement du partage du matériel d'injection.

Cette étude permet de constater que l'influence de la substance injectée sur les comportements d'injection est considérable et revêt plusieurs aspects. Ainsi, la composition chimique, la composition physique, les dimensions économiques et les normes culturelles associées aux diverses substances agissent d'une manière qui est soit commune à l'ensemble des drogues injectées, soit spécifique à chacune d'entre elles. Dans le premier cas, le partage du matériel d'injection semble principalement influencé par la centralisation du processus de préparation des injections et par le partage de la substance consommée entre plusieurs consommateurs. Dans le second, nous observons l'influence du degré de confusion induit par l'intoxication à une substance, le sentiment d'urgence résultant des symptômes liés à la suppression de ses effets, la fréquence d'injection nécessaire afin de les maintenir ainsi que le processus de préparation qui lui est parfois propre. En définitive, l'influence suscitée par la substance injectée sur le comportement du partage du matériel d'injection, et le degré de vulnérabilité qui en découle, semble relever du cumul de ces divers facteurs, ceux-ci ayant d'ailleurs le potentiel de s'amplifier ou de s'atténuer mutuellement.

**Mots-clés** : comportements d'injection à risque, consommation de drogues injectables, partage des drogues, partage des seringues, partage du matériel d'injection de drogues

## **Abstract**

Among behaviors considered as public health concerns in the Quebec population, those that concern the abuse or addiction to drugs are major. Intravenous drug use is an essential part of drug use dynamics because this mode of consumption is considered to be a risk for the spread of viral infections, in particular through the sharing of injection equipment. Although this practice has declined in the last two decades in Quebec, it has not disappeared and seems to have stabilized in recent years. Since not all intravenous drug users share their injection equipment, it is important to identify the factors that contribute to the persistence of such behavior in order to develop effective measures that can stem this problem

In addition to the individual characteristics of people who inject drugs and the socio-environmental contexts in which this consumption occurs, several actors recommend that the influence of substances consumed on injection practices be taken into account. In order to do this, we chose to examine the role and influence that the injected substance may have on the behavior of sharing injection equipment by soliciting the experience of people who inject drugs. Nine participants were selected through four community organizations in Montreal, Quebec and Gatineau to participate in a semi-directed, individual interview on specific episodes of substance use. The objective was to better understand the meaning they give to their injections experiences, with or without the sharing of equipment, as well as the types of sequences and the underlying mechanisms that are at work between the injection of a specific drug and the sharing of injection equipment.

This study shows that the influence of the injected substance on injection behavior is considerable and has several aspects. Thus, the chemical composition, physical composition, economic dimensions and cultural norms associated with the various substances act in ways that are either common to all the drugs injected or specific to each of them. In the first case, the sharing of injection equipment seems to be mainly influenced by the centralization of the process of preparation of the injections and by the sharing of the substance consumed between several consumers. In the second, we observe the influence of the degree of confusion induced

by the intoxication by a substance, the feeling of urgency resulting from the symptoms related to the suppression of its effects, the frequency of injection necessary to maintain them, and the process of preparation which is sometimes unique to it. Ultimately, the influence of the injected substance on the behavior of sharing injection equipment, and the resulting degree of vulnerability, seems to be due to the combination of these factors, since these factors have the potential to amplify or mitigate each other.

**Keywords** : drug sharing, injecting risk behavior, injection drug use, needle sharing, sharing drug paraphernalia

# Table des matières

Résumé .....	i
Abstract .....	iii
Table des matières .....	v
Liste des tableaux .....	x
Liste des figures .....	xi
Liste des sigles .....	xii
Remerciements .....	xiii
<b>Introduction et problématique</b> .....	<b>1</b>
<b>Chapitre 1 : Revue de littérature</b> .....	<b>6</b>
1.1 Partage du matériel d'injection .....	6
1.1.1 Seringue .....	6
1.1.2 Matériel d'injection autre que la seringue .....	7
1.2 Facteurs de risque liés au partage .....	8
1.2.1 Facteurs individuels .....	9
1.2.2 Facteurs socio-environnementaux .....	10
1.3 Substances injectées et prise de risque .....	11
1.3.1 Stimulants .....	13
1.3.1.1 Cocaïne .....	14
1.3.1.2 Crack .....	16
1.3.1.3 Amphétamine .....	16
1.3.1.4 Méthamphétamine .....	17
1.3.1.5 Éphédrine .....	17
1.3.2 Dépresseurs .....	18
1.3.2.1 Héroïne .....	18
1.3.2.2 Opioides médicamenteux .....	20
1.3.2.3 Benzodiazépines .....	20
1.3.3 Perturbateurs .....	21
1.3.3.1 Kétamine .....	21

1.3.4 Polyconsommation .....	21
1.3.4.1 <i>Speedball</i> .....	22
1.3.4.2 Stimulants et dépresseurs .....	22
1.4 Bref retour sur la littérature et réflexions .....	23
<b>Chapitre 2 : Cadre théorique et question de recherche</b> .....	25
2.1 Perception expérientielle de la personne UDI et sous-culture d'appartenance .....	25
2.2 Question de recherche .....	26
<b>Chapitre 3 : Méthodologie</b> .....	27
3.1 Devis de recherche .....	27
3.2 Population à l'étude .....	27
3.2.1 Procédures d'échantillonnage .....	28
3.2.2 Recrutement .....	29
3.2.3 Caractéristiques de l'échantillon .....	30
3.3 Cueillette de données .....	32
3.3.1 Variables et unités d'analyse .....	33
3.3.2 Grille d'entrevue .....	34
3.4 Analyse .....	34
<b>Chapitre 4 : Résultats</b> .....	37
4.1 Type de matériel partagé .....	37
4.1.1 Contenant de dissolution .....	37
4.1.2 Ampoule d'eau .....	38
4.1.3 Filtre .....	38
4.1.4 Seringue .....	38
4.1.5 Garrot .....	39
4.2 Les raisons et contextes évoqués pour expliquer le partage du matériel d'injection .....	40
4.2.1 Les facteurs individuels .....	40
4.2.1.1 État psychologique et émotionnel .....	40
4.2.1.1.1 Intoxication initiale .....	40
4.2.1.1.2 Anxiété et urgence .....	41
4.2.1.2 Inexpérience et difficulté à s'injecter .....	43
4.2.2 Les facteurs socio-environnementaux .....	45

4.2.2.1 Planification .....	45
4.2.2.1.1 Manque de matériel .....	46
4.2.2.2 Lieux de l'injection .....	47
4.2.2.3 Type de partenaire(s) .....	49
4.2.2.4 Disponibilité de la substance .....	50
4.2.2.4.1 Qui possède la substance .....	52
4.2.3 Les facteurs liés à la substance .....	54
4.2.3.1 Dimension économique .....	54
4.2.3.1.1 Quantité .....	54
4.2.3.1.2 Prix et achat à plusieurs .....	54
4.2.3.1.2.1 Partage de la drogue .....	56
4.2.3.2 Composition .....	59
4.2.3.3 Types et durée des effets .....	61
4.2.3.3.1 Intoxication .....	61
4.2.3.3.2 <i>Craving</i> .....	62
4.2.3.3.3 Sevrage .....	64
4.3 Les raisons et contextes évoqués pour expliquer le non-partage du matériel d'injection .	65
4.3.1 Les facteurs individuels .....	65
4.3.1.1 État psychologique et émotionnel .....	65
4.3.1.1.1 Intoxication initiale .....	65
4.3.1.1.2 Anxiété et urgence .....	66
4.3.1.2 Expérience et capacité à s'injecter .....	66
4.3.2 Les facteurs socio-environnementaux .....	67
4.3.2.1 Planification .....	67
4.3.2.1.1 Quantité de matériel .....	68
4.3.2.2 Lieux de l'injection .....	68
4.3.2.3 Type de partenaire(s) .....	69
4.3.2.4 Disponibilité de la substance .....	70
4.3.3 Les facteurs liés à la substance .....	70
4.3.3.1 Dimension économique .....	70
4.3.3.1.1 Quantité .....	70
4.3.3.2 Composition .....	71



4.3.3.3 Types et durée des effets .....	71
4.3.3.3.1 Intoxication .....	72
<b>Chapitre 5 : Discussion</b> .....	74
5.1- La nature multicausale du partage du matériel d'injection .....	74
5.2 Les effets d'interaction découlant des substances injectées .....	74
5.3 Les influences communes à l'ensemble des substances .....	76
5.3.1 Disponibilité, prix et quantité .....	77
5.3.2 Possession, achat en commun et partage de la drogue .....	78
5.4 Les influences spécifiques aux diverses substances .....	79
5.4.1 Les stimulants .....	80
5.4.1.1 Cocaïne .....	80
5.4.1.1.1 Composition chimique .....	80
5.4.1.1.1.1 Le <i>craving</i> .....	80
5.4.1.1.1.2 La courte demi-vie .....	81
5.4.1.1.1.3 La confusion liée à l'intoxication .....	81
5.4.1.1.2 Composition physique .....	82
5.4.1.1.3 La cumulation des facteurs de risque .....	82
5.4.1.2 Méthamphétamine .....	83
5.4.1.2.1 Composition chimique .....	83
5.4.1.2.1.1 L'intoxication .....	83
5.4.1.2.1.2 La longue demi-vie .....	84
5.4.1.2.2 Composition physique .....	84
5.4.1.3 Amphétamine .....	85
5.4.1.3.1 Composition chimique .....	85
5.4.2 Les dépresseurs .....	85
5.4.2.1 Les opiacés et les opioïdes .....	85
5.4.2.1.1 Composition chimique .....	86
5.4.2.1.1.1 Les effets calmants de l'intoxication .....	86
5.4.2.1.1.2 Le sevrage .....	86
5.4.2.2 Opioïdes médicamenteux .....	87
5.4.2.2.1 Composition chimique .....	87
5.4.2.2.1.1 Une concentration en substance active souvent moindre .....	87

5.4.2.2.1.2 La demi-vie .....	87
5.4.2.2.2 Composition physique .....	88
5.4.2.3 Héroïne .....	88
5.4.2.3.1 Composition chimique .....	89
5.4.2.3.2 La cumulation des facteurs de risque .....	89
5.5 Les possibles biais .....	89
<b>Conclusion</b> .....	92
Bibliographie .....	I
Annexe I : Fiches des épisodes de consommation .....	XXX
Annexe II : Grille d'entretien .....	XXXIX

## Liste des tableaux

Tableau I : Caractéristiques des répondants .....	31
Tableau II : Descripteurs généraux .....	35
Tableau III : Types d'influences sur le partage suscitées par les substances .....	75
Tableau IV : Types d'influences sur le non-partage suscitées par les substances .....	76

## Liste des figures

Figure 1 : La loi de l'effet .....	24
------------------------------------	----

## Liste des sigles

ITSS : Infections transmises sexuellement et par le sang

PES : Programmes d'échange de seringue

UDI : Utilisateur de drogues par injection

VHA : Virus de l'hépatite A

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

## Remerciements

Je souhaiterais en premier lieu remercier ma compagne de vie, Karine, pour son précieux support, sa grande patience, ses conseils judicieux et son aptitude à calmer mes angoisses tout au long de cette grande aventure que représente une maîtrise. Sans toi ça n'aurait jamais été possible.

Merci à mes deux puces, Maeko et Volia, pour la motivation qu'elles m'ont insufflée à vouloir les rendre fières de leur papa. Peu importe par où on passe, l'important c'est de savoir où l'on veut se rendre.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers ma codirectrice, Julie Bruneau, pour l'aide offerte dans le choix de l'angle à couvrir dans ma recherche et ses conseils éclairés. Un merci tout spécial également à ma directrice, Louise Potvin, pour son support, ses encouragements et sa franchise qui furent pour moi un immense levier et me permirent de garder le cap.

Je souhaite aussi exprimer ma gratitude pour la collaboration que j'ai reçue de la part des organismes REZO (Claude Poisson), AQPSUD (Karine Hudon), CIPTO (Yves Séguin, Léon Cardin) et Point de Repères (Mario Gagnon, Sarah Tremblay).

En terminant, un immense merci aux neuf participants qui acceptèrent de participer à ma recherche pour leur temps et leur générosité. Je me considère très privilégié d'avoir eu la chance de vous croiser sur ma route, prenez soin de vous !

## Introduction et problématique

Comme l'affirme le *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec – 2015-2020*, certains comportements demeurent préoccupants dans la population québécoise, entre autres en ce qui concerne les problèmes d'abus ou de dépendance aux drogues [1]. Parmi ces comportements, l'utilisation de drogues par injection est reconnue comme étant un problème majeur à cause des risques et des conséquences qu'elle comporte pour les personnes qui pratiquent ce mode de consommation [2], notamment au regard des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) [3]. Dans les pays industrialisés, une proportion considérable des nouveaux cas d'infections virales touche en effet les utilisateurs de drogues par injection (UDI), majoritairement à cause de pratiques associées à l'injection [4]. Ainsi, le partage des seringues chez les personnes UDI est considéré comme étant l'un des comportements les plus à risque pour la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [5-10], ce qui contribuerait à expliquer pourquoi les personnes qui s'injectent des drogues sont 46 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les personnes qui ne s'injectent pas [11]. Le partage des seringues est également un facteur de risque important pour l'infection au virus de l'hépatite C (VHC) [12-16], les personnes UDI sont les plus fortement touchées par cette infection [17] puisque l'injection de drogues demeure le principal facteur de risque dans la plupart des pays développés, représentant près de 90% des nouvelles infections [18]. Le partage des seringues représente également un risque pour l'acquisition du virus de l'hépatite B (VHB) [19, 20] et possiblement de la syphilis [3, 21, 22]. Le partage de l'ensemble du matériel qui sert à préparer la drogue ou à la consommer représente aussi un risque au niveau infectieux [7, 23-25], notamment au VIH [5-7, 15, 26, 27], au VHC [12, 27-30], au VHB [27, 31, 32] et au virus de l'hépatite A (VHA) [33]. L'utilisation d'une seringue déjà utilisée comporte de plus des risques d'exposition à d'autres types d'infections et de dommages à la peau ou aux veines [34-37], notamment des abcès [38, 39], ulcères [39], enflures des mains ou des pieds [39, 40], scarification de la peau et ecchymoses importantes [39-41], botulisme contracté par le biais d'une plaie [42, 43], phlébites et thromboses [38-40], bactériémie et septicémie [39, 40] et endocardite [39, 40]. En somme, les infections transmises par le partage du matériel d'injection sont, avec les surdoses

mortelles, les principales causes de décès chez les personnes UDI [44]. Les complications dues à ces infections contribuent d'ailleurs fortement au fait que les utilisateurs de drogues présentent un risque de mortalité environ 13 fois plus élevé que celui des personnes qui n'en consomment pas [45].

De nombreuses études ont démontré que les programmes d'échange de seringue (PES) favorisent le développement de comportements d'injection plus sécuritaires [4, 46-49], entre autres en ce qui concerne le partage et la réutilisation du matériel d'injection [50-53]. Ainsi, la fréquence des pratiques à risque diminue chez les personnes UDI depuis au moins le milieu des années 90 [10, 54-56], notamment le partage du matériel d'injection [5, 12, 57, 58]. Au Québec par exemple, la proportion de participants au réseau SurvUDI<sup>1</sup> ayant déclaré s'être injecté avec une seringue déjà utilisée par une autre personne est passée de 43,4% en 1995 à 18,5% en 2014, ce qui représente une diminution statistiquement significative de 57% [59]. Au Canada, cette proportion était de 15,5% en 2012 selon le dernier rapport résumant les résultats de la phase 3 du système I-Track<sup>2</sup> [60]. L'utilisation du matériel d'injection déjà utilisé par une autre personne, autre que la seringue, est cependant plus élevée, soit environ 30% au Québec [59] et 34,5% au Canada [60]. Le partage du matériel d'injection n'a donc pas disparu [5, 12, 23] puisque l'injection de drogues est toujours associé à une telle pratique [61], et la diminution encourageante de ce phénomène au Québec semble même s'être stabilisée depuis 2010-2011, ce qui, compte tenu des risques importants associés à ce comportement, demeure très préoccupant d'un point de vue de santé publique [59].

C'est cette persistance du partage du matériel d'injection qui semble d'ailleurs expliquer pourquoi l'épidémie du VHC demeure d'actualité chez les personnes UDI [62, 63], la transmission parentérale de cette infection est environ 10 fois plus élevée que celle du VIH [64-66]. Si une diminution de l'incidence du VHC chez les personnes UDI est observée au Québec

---

<sup>1</sup> Le réseau SurvUDI est un réseau de surveillance épidémiologique implanté au Québec et à Ottawa depuis 1995, portant sur l'infection du VIH et du VHC parmi les personnes UDI.

<sup>2</sup> Le système I-Track est un réseau de surveillance comportemental et biologique auprès des populations qui utilisent des drogues par injection au Canada.



sur l'ensemble de la période 1997-2015 [59], l'incidence de cette infection continue néanmoins à osciller à des niveaux très élevés [17], c'est-à-dire à 13,6 pour 100 000 personnes en 2014 [3]. La prévalence du VHC atteint pour sa part 62.9% chez les personnes UDI au Québec pour l'ensemble de la période d'observation 2003-2014 [17].

Il semblerait qu'au niveau international, les stratégies qui ont permis de contrôler la propagation du VIH chez les UDI n'ont pas le même impact avec le VHC [45, 67, 68], un phénomène potentiellement accentué par la diversification des drogues consommées [69] et l'augmentation fulgurante de la consommation d'opioïde médicamenteux en Amérique du Nord [69, 70] et dans plusieurs régions du monde [28]. On observe d'ailleurs des écarts importants entre l'incidence du VHC chez les personnes UDI dans les villes d'Amérique du Nord, où cette incidence est plus élevée, et celle des personnes UDI d'Australie par exemple, où elle est plus faible, ou encore d'Amsterdam, où une forte baisse de l'infection est observée. Compte tenu des niveaux équivalents de la couverture des PES entre ces trois régions, il semble donc que des différences au niveau des comportements liés au partage du matériel soient en cause, ce qui pourrait avoir été favorisé dans une ville comme Montréal par la forte prévalence de l'injection de cocaïne [71]. Au niveau du VIH, la transmission du virus a chuté de façon importante chez les personnes qui s'injectent des drogues au Québec [72, 73], la proportion des personnes UDI parmi les nouveaux cas diagnostiqués passant de 11,7% en 2005 à 6,8% en 2014 [73], alors qu'au Canada la proportion des nouvelles infections attribuées à l'injection de drogues en 2011 était de 13,7% [74] à 16% [11] dépendamment des sources consultées. Cependant, après une diminution observée entre 1995 et 2009, on remarque que l'incidence du VIH est maintenant relativement stable au Québec, se maintenant entre 0,6 et 1,0 par 100 personnes-années entre 2009 et 2013 [59], un taux beaucoup trop élevé pour une maladie qui est incurable et qui nécessite un traitement très coûteux à vie [73]. De plus, cette incidence est plus importante que ce que l'on observe dans plusieurs pays, dont le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie [59].

Si les premières études épidémiologiques sur les drogues illicites ont eu tendance à considérer que chaque type de drogue structurait les caractéristiques apparemment invariables des usagers qui en consommaient [75], on réalise aujourd'hui la limite de ce type de données qui

décrivent de manière bien imparfaite le vécu de ces personnes et qui ont tendance à masquer une grande variabilité individuelle [2]. Les messages de prévention et la fourniture de matériel d'injection stérile n'étant pas suffisants pour éliminer le phénomène des pratiques à risque, il convient donc de poursuivre les études des comportements complexes et des circonstances qui entourent l'injection de drogues [76, 77]. En effet, puisque l'un des défis importants de la santé publique demeure la prédiction des comportements à risque et la compréhension de ce qui les motive [78, 79], il convient d'étudier plus en profondeur les circonstances et l'interprétation des raisons pour lesquelles les personnes UDI continuent à partager leur matériel d'injection, en sollicitant leur expérience et leurs perceptions des éléments qui facilitent ou préviennent ces comportements [80]. Fait notable, le choix des drogues et les techniques de consommation sont extrêmement variables parmi les personnes UDI [75, 81], cette variabilité parfois subtile étant entre autres tributaire des marchés de la drogue et de méthodes de consommation qui sont différentes d'un endroit à l'autre. Ces différences peuvent agir sur les types et combinaisons de substances injectées, la fréquence d'utilisation du matériel, le mode de préparation et d'utilisation des différentes substances ou le contexte local lié à l'obtention de ces substances. Tous ces facteurs peuvent expliquer la variation de la prévalence de certains types d'agents pathogènes transmissibles par le sang selon les villes, régions et pays observés [75, 76, 82-85]. Puisque ce ne sont pas toutes les personnes UDI qui partagent leur matériel de consommation, il est important d'identifier les facteurs qui contribuent à ce comportement [10, 23] et il est reconnu que les autorités de santé publique devraient dorénavant surveiller de plus près les changements qui s'opèrent dans le marché de la drogue et les nouvelles formes de substances disponibles, car ceux-ci sont en constante évolution et ont un impact déterminant sur les modes de consommation et sur les pratiques d'injection des personnes UDI [30, 86, 87]. C'est seulement ainsi que nous pourrions mieux adapter et cibler nos messages de prévention et nos interventions afin qu'ils collent au plus près à la réalité, aux vulnérabilités et aux besoins spécifiques des personnes UDI et aient par le fait même un impact plus efficace au niveau des maladies infectieuses [17, 72, 82, 88].

Partant du principe que l'étude des pratiques d'injection à partir de la drogue qui est consommée est susceptible d'accroître notre compréhension des comportements à risque et de la distribution des infections chez les personnes UDI, l'objectif de la présente recherche est de

contribuer à l'état des connaissances portant sur les facteurs qui contribuent au phénomène du partage du matériel d'injection chez une population de consommateurs de drogues cachée et difficile à atteindre [89, 90], en acquérant des informations précises et approfondies à propos de l'influence que peut avoir la consommation d'une substance spécifique sur le comportement du partage du matériel d'injection. Nous tenterons donc de répondre à la question suivante : « **Quels sont le rôle et l'influence de la substance injectée sur le partage du matériel d'injection chez les personnes UDI ?** ». Cette question vise ainsi à faire ressortir quels types d'enchaînements et de mécanismes sous-jacents sont à l'œuvre entre l'injection d'une drogue spécifique et l'événement du partage du matériel d'injection, ceci alors que les substances accessibles et habituellement injectées varient beaucoup d'un endroit à l'autre, que ce soit concernant leur disponibilité, leur teneur, leur composition ou encore leur prix [7, 25, 28, 69, 91, 92].

# **Chapitre 1 : Revue de littérature**

## **1.1 Partage du matériel d'injection**

La préparation et l'administration d'une substance, lors d'un épisode d'injection, sont composées de plusieurs étapes et actions qui peuvent se décliner selon un grand nombre de variations possibles, chacune impliquant divers types de risque infectieux lorsqu'elles sont pratiquées sans asepsie [1-3], ainsi que de différents équipements qui offrent eux aussi de nombreuses possibilités de contamination [4, 5]. Comme précisé dans une revue systématique de la littérature et validation empirique portant sur l'usage de drogues par injection publiée en 2007 par l'Institut national de santé publique du Québec, « le concept de partage du matériel d'injection fait directement référence à l'utilisation d'une seringue ou d'autres matériels d'injection déjà utilisés par une autre personne » [6].

### **1.1.1 Seringue**

La transmission d'agents pathogènes transmissibles par le sang qui est liée à l'injection de drogues se produit principalement via le partage d'une aiguille et d'une seringue [7-9], l'aiguille représentant l'une des trois composantes de la seringue, à savoir l'aiguille qui pénètre dans le corps, le cylindre destiné à recevoir le liquide à injecter et le piston qui glisse dans le cylindre afin d'en expulser le liquide vers l'extrémité de l'aiguille. Les comportements associés au partage des seringues peuvent toutefois être décomposés en différentes composantes qui représentent chacun des risques distincts [10]. Ainsi, on retrouve le partage d'une seringue précédemment utilisée par un ou plusieurs injecteurs afin de procéder à l'injection, ce que la plupart des auteurs qualifient à juste titre de « partage direct » [2, 11]. Celui-ci est parfois décomposé en deux comportements distincts, à savoir le partage réceptif, où la personne s'injecte avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre et prend ainsi un risque pour elle-même, et le partage distributif, où la personne transmet la seringue qu'elle a précédemment utilisée pour s'injecter à quelqu'un d'autre avec tous les risques que cela

comporte pour celui-ci [12]. Il est également possible de partager le contenu de la seringue sans qu'il y ait partage d'aiguille, en aspirant dans une seule seringue la solution injectable à partir d'un contenant de dissolution unique, solution qui sera par la suite expulsée dans une ou plusieurs autres seringues afin d'être injectée [11, 13]. Cette pratique est commune chez de nombreuses personnes UDI car elle représente une solution pratique au défi que représente la subdivision de la solution injectable en différentes parts égales. En effet, les usagers étant susceptibles d'acheter en commun de la drogue afin d'augmenter leur pouvoir d'achat [1, 11, 14-17], il est plus aisé de diviser celle-ci en parts égales en la diluant, en l'aspirant dans une seringue unique et en utilisant les indications de gradation sur le cylindre afin d'en mesurer la quantité totale [1, 14, 18-21], surtout qu'à l'image de l'héroïne, il est quasiment impossible d'estimer le volume d'une drogue diluée car le liquide augmente le volume de celle-ci alors que le chauffage et l'absorption dans le filtre lors de l'opération de filtration le réduit [22]. Cette pratique est souvent qualifiée de « partage indirect » puisque le risque est moins directement apparent du fait que la seringue n'est pas partagée. La contamination virale potentielle se produit lors des étapes intermédiaires du processus d'injection [11], que ce soit lors de la dissolution de la drogue dans un contenant contaminé ou avec de l'eau contaminée, de la filtration de la solution obtenue à l'aide d'un filtre contaminé ou encore de l'utilisation d'une seringue contaminée pour aspirer le tout, ce qui est susceptible de contaminer le barillet de la seringue dans lequel la solution injectable sera mesurée. La solution contenue dans cette seringue est habituellement redistribuée dans une ou plusieurs autres seringues selon la méthode du *frontloading*, qui consiste à retirer l'aiguille d'une seringue réceptive non sertie afin d'introduire du liquide dans le barillet pour ensuite remettre l'aiguille en place [1, 2, 10, 11, 23], du *reversed frontloading*, où c'est l'aiguille de la seringue donneuse non sertie qui est retirée pour y faire pénétrer l'aiguille de la seringue réceptive afin d'aspirer la quantité de solution désirée [1], ou du *backloading*, où on enlève le piston de la seringue réceptive afin d'introduire une partie de la solution via l'arrière de celle-ci [1, 2, 10, 11, 15, 20].

### **1.1.2 Matériel d'injection autre que la seringue**

La préparation d'une solution injectable à partir d'une drogue se présentant sous forme sèche implique de dissoudre celle-ci avec de l'eau dans un contenant de dissolution quelconque,

avec ou sans chauffage, pour ensuite extraire la solution obtenue à l'aide d'une seringue via un filtre qui est habituellement en coton et qui vise à éliminer les particules non dissoutes susceptibles d'obstruer la seringue [24]. Une autre forme de « partage indirect » peut donc se produire lorsque l'un de ces articles est partagé, principalement quand des personnes préparent et partagent conjointement des drogues à s'injecter [11]. En plus des risques de contamination croisée à partir d'un contenant de dissolution [3, 13, 25, 26], d'un filtre [3, 25, 26] ou de l'eau servant à diluer la drogue [3, 26, 27], le partage d'un garrot, utilisé pour comprimer les veines en amont de l'injection et les faire ainsi apparaître à la surface de la peau, peut aussi être un vecteur de contamination une fois partagé [3, 10, 28], tout comme le tampon d'alcool servant à nettoyer la zone où pratiquer l'injection [28, 29]. Les pratiques de partage à risque du matériel d'injection autre que la seringue les plus communes sont l'utilisation d'un filtre, d'un contenant de dissolution ou d'eau contaminée pour préparer une solution à s'injecter, le partage d'une solution injectable entre plus d'une personne UDI en expulsant la solution mesurée à partir d'une seringue contaminée dans un contenant de dissolution au sein duquel les autres personnes viendront aspirer leur part respective à l'aide de leur propre seringue, l'utilisation du piston d'une seringue contaminée pour mélanger la solution qui sera injectée par plus d'une personne [1, 11, 17, 22] ou la pratique du *wash* qui consiste à compresser un filtre déjà utilisé afin de récupérer la drogue qui y reste imbibée ou encore à ajouter de l'eau dans un contenant de dissolution usagé afin de diluer les résidus qui pourraient s'y trouver et ainsi se les injecter [10, 11, 14, 18, 30, 31].

## **1.2 Facteurs de risque liés au partage**

Si le manque d'accès à du matériel d'injection stérile demeure l'un des facteurs les plus évident menant au partage de celui-ci [32-34], ce qui inclut la distance par rapport à un dispensateur de matériel [35, 36] ou les barrières que représentent la peur de la police [37-39] et la crainte de subir de la stigmatisation [40], le comportement du partage du matériel d'injection est également directement influencé par un large éventail de facteurs contextuels qui touchent autant l'individu qui s'injecte que son réseau social ou la structure dans lesquels il évolue [2, 6, 41]. La population UDI est cependant loin d'être homogène, que ce soit au niveau des

caractéristiques sociodémographiques, des profils de consommation, des antécédents culturels et ethniques, des milieux de vie ou des ressources à leur disposition, autant de facteurs qui ont une influence directe sur leurs comportements [6, 42, 43].

### **1.2.1 Facteurs individuels**

Les caractéristiques individuelles susceptibles d'influencer un comportement comme celui du partage du matériel d'injection incluent les facteurs psychologiques, les perceptions, les expériences personnelles, les désirs et pulsions, l'âge, le genre ou encore l'orientation sexuelle. La littérature rapporte en effet que le fait d'avoir des problèmes de santé mentale prédispose les individus à adopter des comportements d'injection à risque [44-46], ce qui inclue l'anxiété et la dépression [12, 47-49]. Le fait de percevoir le partage du matériel d'injection comme peu risqué par rapport aux risques d'infections est également rapporté [12, 50], tout comme la consommation quotidienne de drogue par injection ou la fréquence élevée des injections lors d'un épisode de consommation [44, 51, 52]. Au niveau expérientiel, on remarque une corrélation entre les comportements d'injection à risque et le manque d'expérience par rapport à l'injection [53-56], le fait par exemple de se faire injecter par quelqu'un d'autre tend à être inversement corrélé avec l'intention de ne pas réutiliser une seringue déjà utilisée par une autre personne [57]. Largement documenté par la littérature, le fait d'être jeune est associé à une forte prévalence de comportements à risque quand il est question d'injection, notamment en ce qui concerne le partage du matériel d'injection [34, 44, 53, 58, 59], possiblement parce que l'adolescence et le début de l'âge adulte constituent une période charnière de changements et d'instabilité émotionnelle marquée par le désir d'explorer et accompagnée d'un sentiment d'invulnérabilité [60] ou tout simplement parce les jeunes ont moins de connaissances à propos des risques réels reliés à une telle pratique, ce qui influence leur perception du danger [61, 62]. On a aussi documenté que les femmes qui s'injectent sont plus susceptibles de s'adonner au partage du matériel d'injection [34, 36, 53, 63-66], que ce soit parce que la vulnérabilité sociale, la violence subie et les conflits de pouvoir homme-femme sont susceptibles d'augmenter les barrières à l'adoption d'un comportement sécuritaire [4, 67] ou parce qu'elles sont dépendantes de leur partenaire masculin pour se procurer des drogues ou pour se faire injecter, perdant ainsi tout pouvoir sur leur injection [67, 68]. Enfin, le fait d'être un homme ayant des relations

sexuelles avec d'autres hommes représente également un risque accru [58], possiblement à cause de caractéristiques se retrouvant plus fréquemment chez cette population et qui sont reconnues comme jouant un rôle dans le comportement du partage du matériel d'injection, notamment des circonstances de vie difficiles, un état psychologique marqué par la détresse et la dépression ou un plus grand nombre de partenaires sexuels [69].

### **1.2.2 Facteurs socio-environnementaux**

Puisqu'il est possible de constater que des facteurs socio-environnementaux sont fortement associés au phénomène du partage du matériel d'injection chez les personnes UDI, il semble que les approches et les interventions axées uniquement sur les attributs individuels pourraient être insuffisantes pour parvenir à produire des changements au niveau comportemental [34]. La littérature mentionne ainsi des facteurs relatifs à l'espace et au lieu où se déroule l'injection, aux liens sociaux entre les personnes UDI ou encore aux antécédents sociaux ou à l'occupation d'un individu. Tout d'abord, bien que l'association entre le lieu où se déroule l'injection et le comportement d'injection à risque demeure parfois incertaine [41] ou même inexistante [70], de nombreuses études rapportent un lien entre partage du matériel d'injection et consommation dans la résidence d'un tiers [71], dans une *piquerie*<sup>3</sup> [9, 12, 52, 71, 72] ou dans l'espace public ou semi-public [34, 45, 51, 58, 71, 73, 74]. Il est également admis que les relations sociales avec d'autres personnes qui s'engagent dans des comportements à risque influencent des pratiques comme celle du partage du matériel d'injection [34, 75], notamment le fait de côtoyer un vaste réseau de personnes UDI [44], de subir la pression de pairs [76-78] ou de s'injecter en compagnie d'une personne envers qui l'individu a une relation étroite, comme un ami proche [24, 34] ou, surtout, un partenaire sexuel [12, 24, 32, 34, 73, 76, 79]. Au niveau des antécédents sociaux ou de l'occupation économique, mentionnons l'influence qu'on sur le comportement du partage du matériel d'injection le fait d'avoir connu l'emprisonnement [58,

---

<sup>3</sup> Le terme piquerie est communément utilisé pour désigner un lieu où plusieurs personnes s'injectent des drogues dans l'illégalité, qu'il y ait vente de stupéfiants sur place ou non.



80], d'avoir fait peu d'étude [44, 58], d'être sans emploi [58] ou, pour la femme, de s'adonner au travail du sexe [81, 82].

### **1.3 Substances injectées et prise de risque**

Plusieurs chercheurs recommandent, en se basant sur des recensions des écrits, de tenir compte de la substance consommée quand on aborde le traitement de la toxicomanie puisque des sous-groupes particuliers de consommateurs de drogues peuvent être identifiés à partir de leur substance de prédilection [83, 84]. Une telle différenciation à partir de la substance consommée serait également pertinente en regard des comportements de consommation puisqu'il semble exister différents modes de consommation qui sont relatifs à différentes drogues [16]. En effet, on reconnaît généralement que les pratiques d'injection et de préparation de l'injection peuvent varier en fonction des types de substances injectées [78, 85-88] et que celles-ci pourraient être associées à des comportements tel que celui du partage du matériel d'injection [51, 89-91]. D'autres études mentionnent cependant ne déceler aucune différence statistiquement significative concernant les drogues consommées et les pratiques d'injection à risque [52, 87, 92]. Les substances consommées induisent également des effets directs sur le cerveau des personnes qui en consomment, provoquant parfois des neuroadaptations persistantes au niveau épigénétique, neuropeptide, des neurotransmetteurs et des protéines d'un individu, autant de phénomènes qui ont de possibles impacts sur la tolérance pharmacologique ainsi que sur les comportements associés à la dépendance et au sevrage de celui-ci [93]. Il faut cependant garder en tête qu'il demeure très difficile de prévoir les réactions consécutives à la consommation d'une drogue tellement celles-ci varient en fonction de plusieurs facteurs liés à la personne qui consomme et au contexte entourant cette consommation [94]. Pourtant, des études semblent démontrer que les différentes drogues utilisées sont associées à différents résultats de santé [95], notamment en ce qui concerne la transmission du VIH [44, 95]. Ainsi, un risque plus important de séroconversion au VIH serait lié à l'injection de stimulants [96], tels que la cocaïne [9, 72, 97-108], le crack [109, 110], la méthamphétamine [63, 111-114] ou les amphétamines [115, 116], à l'injection d'opiacés/opioïdes, tels que l'héroïne [102, 117-119] ou les opioïdes médicamenteux [63, 120, 121] ainsi qu'à la

combinaison de cocaïne et d'héroïne (*speedball*) [103, 122, 123]. Au niveau de la séroconversion au VHC, des études mentionnent comme facteur de risque l'injection de cocaïne [30, 45, 91, 98, 124-128], de crack [110], de méthamphétamine [112], d'opiacé [129] comme l'héroïne [15, 128, 130], d'opioïdes médicamenteux [91, 120, 128, 131] ou encore de *speedball* ou de toute autre combinaison d'opiacé-stimulant [91, 132].

Le recours à l'état sérologique des personnes UDI en tant que proxy visant à estimer la prévalence de leurs comportements d'injection à risque se heurte cependant à plusieurs limites. En effet, certains facteurs liés aux effets d'une substance, à la manière de la consommer, au matériel utilisé lors de l'injection ou au contexte dans lequel les comportements à risque ont lieu sont tous susceptibles d'induire des biais dans l'analyse du lien qui pourrait exister entre partage du matériel d'injection et infection virale, produisant ainsi une fausse association. Mentionnons par exemple que la consommation de psychostimulants (cocaïne, crack, amphétamine, méthamphétamine et éphédrine) augmente l'excitation et les sensations sexuelles tout en réduisant l'anxiété et les inhibitions sociales [133, 134], ce qui est associé à une augmentation des activités sexuelles et des comportements sexuels à risque [109, 112, 135-137], notamment la pratique du travail du sexe, les multiples partenaires [103, 138], les partenaires anonymes, le sexe anal non protégé et les activités sexuelles prolongées pendant des heures avec contact génital [113], autant d'activités à risque pour la transmission du VIH et d'autres ITSS [103, 114, 139-141], alors que les opiacés comme l'héroïne diminuent la libido et les activités sexuelles [142]. Les personnes UDI qui s'injectent de la cocaïne sont aussi plus enclines à pratiquer le *booting* [143], une pratique qui consiste à tirer sur le piston de la seringue une fois que l'aiguille a pénétrée dans le corps afin d'aspirer du sang dans le barillet de la seringue et ainsi vérifier si l'aiguille est bien dans une veine, ou de tirer et pousser sur le piston plusieurs fois afin de s'assurer que toute la drogue présente dans le barillet soit injectée dans la veine [143-146], ce qui augmente la quantité de sang résiduel dans la seringue, contamine l'aiguille, le barillet et le piston de la seringue [145, 146], et augmente par le fait même la probabilité de transmission d'agents pathogènes quand le matériel d'injection est partagé [10]. D'une manière similaire, l'utilisation d'une seringue non sertie (dont l'aiguille n'est pas fixe et doit être assemblée au corps de la seringue) comporte des risques supplémentaires d'infection lors du partage de celle-ci puisqu'elle dispose d'un

espace mort (espace situé entre l'aiguille et le barillet de la seringue) plus important que les seringues à aiguille non détachable [147, 148], cet espace retenant plus de liquide incluant du sang, ce qui fait qu'un faible pourcentage de partage de ce type de seringue est susceptible de causer une forte probabilité de transmission du VIH ou du VHC [149-151]. Certaines substances doivent ensuite être chauffées afin de se diluer efficacement, notamment certaines formes d'héroïne moins raffinée ou d'opioïdes médicamenteux, ce qui diminue la viabilité de certains virus comme le VIH et réduit d'autant les risques de transmission lors du partage du contenant de dissolution ou du filtre par exemple [33, 100, 152, 153]. L'héroïne *black tar* pour sa part, une substance résineuse, foncée et collante produite au Mexique et très répandue aux États-Unis à l'ouest du Mississippi, oblige les personnes UDI qui souhaitent réutiliser une seringue usagée à la rincer soigneusement afin d'éviter que le mécanisme du piston ne soit obstrué, ce qui a pour conséquence involontaire de réduire le volume sanguin résiduel possiblement infecté dans la seringue [152]. Si la plupart des substances injectées sont solubles à l'eau, avec ou sans chauffage, d'autres nécessitent l'ajout d'un acidifiant, notamment certaines formes d'héroïne brune, le crack ou le fentanyl [72, 109]. Cet acidifiant réduit la viabilité du VIH et donc les risques potentiels d'infection [153, 154]. Enfin, il est clair que le milieu et le réseau social au sein duquel les drogues sont injectées représentent un puissant prédicteur de la transmission des infections comme le VIH [155]. Les risques d'infection lors d'un épisode de partage du matériel d'injection sont tributaires entre autres du taux d'infection ambiant [156, 157], ce qui pourrait permettre par exemple une prolifération des comportements à risque sans que cela occasionne une incidence élevée d'infection dans certains contextes de basse prévalence [135]. Pour toutes ces raisons, il convient donc d'étudier plus spécifiquement les comportements de partage en tant que tel, selon les différentes substances injectées, ainsi que les mécanismes sous-jacents qui sont à l'œuvre et qui permettent d'expliquer les risques relatifs associés à chaque type de substance.

### **1.3.1 Stimulants**

Bien qu'il soit possible de trouver des études qui ne décèlent aucune association entre l'injection de stimulant et le risque de partager le matériel d'injection [56, 158], une grande partie des études qui se penchent sur la question attestent que cette classe de substances

représente un réel facteur de risque, que ce soit concernant spécifiquement le partage des seringues [86, 135] ou le partage de l'ensemble du matériel d'injection [135]. Ces risques pourraient résulter de la fréquence plus importante à laquelle les personnes qui consomment des stimulants s'injectent, comme c'est le cas avec la cocaïne, l'éphédrine, l'amphétamine ou la méthamphétamine [96, 159, 160], puisque le fait de s'injecter à de multiples reprises est en effet associé au partage du matériel d'injection [101, 102]. Au niveau du sevrage cependant, s'il semble exister peu de signes de symptômes somatiques, des chercheurs croient que la cessation de la consommation d'un stimulant peut engendrer de la dépression [161], ce qui représente un facteur de risque individuel associé au partage du matériel d'injection tel que spécifié précédemment.

### 1.3.1.1 Cocaïne

Dans la littérature, l'injection de cocaïne<sup>4</sup> est significativement associée aux pratiques d'injection à risque [162]. S'il est possible de trouver des études qui estiment que les taux de partage du matériel d'injection sont semblables entre les personnes UDI qui s'injectent de la cocaïne et celles qui s'injectent de l'héroïne [103], d'autres mentionnent au contraire que celles qui s'injectent de la cocaïne sont plus susceptibles que celles qui s'injectent de l'héroïne de partager les seringues (que ce soit directement ou via la pratique du *backloading*), les cuillères, l'eau et tous les autres équipements servant à l'injection [125]. Ces risques de partage liés à l'injection de cocaïne sont en effet largement documentés, que ce soit à propos du partage des seringues ou du reste du matériel d'injection, de manière réceptive ou distributive [9, 34, 58, 61, 73, 120, 163-168], en plus d'être associé à un plus grand nombre de personnes avec qui ce matériel sera partagé [9, 122].

Mentionnons tout d'abords que la cocaïne est une substance ayant une courte demi-vie puisque la durée de l'intoxication est brève (15 à 30 minutes) [9, 10, 103, 169] et est immédiatement suivi d'un *down*, c'est-à-dire d'un état marqué par des tremblements ainsi que

---

<sup>4</sup> Il est question ici de cocaïne alcaloïde en poudre prête à l'injection, issue de feuilles de coca.

de la dépression, propice à l'obsession de se procurer d'autre drogue et aux injections précipitées [6, 165, 170]. Il en résulte ainsi souvent des états de *craving* [72, 165], définis par une envie irrésistible de consommer, et des comportements de *binge* [6, 10, 72, 101, 170, 171], à savoir une consommation frénétique et compulsive qui prend fin d'ordinaire quand le consommateur n'a plus accès à la substance ou qu'il s'écroule d'épuisement, ce qui conduit à son tour à une importante fréquence des injections qui peut aisément dépasser les 20 épisodes par jour [6, 87, 103, 107, 108, 127, 139, 155, 163], trois contextes reconnus comme favorisant les comportements à risque tel que celui du partage du matériel d'injection [6, 72, 102, 105, 106, 108, 164, 165, 168]. La littérature mentionne également l'impulsivité, la distraction ainsi que les comportements erratiques et irrationnels résultant de l'intoxication à la cocaïne, autant de facteurs de risque liés à la consommation par injection [72, 101, 103, 127, 172-175].

Il convient tout de même de mentionner que certaines études consultées n'établissent aucun lien de causalité entre l'injection de cocaïne et les comportements d'injection à risque [21], notamment celui du partage des seringues [176], et que les utilisateurs de cette substance sont parfois reconnus comme ayant des profils de risque moins important que ceux des utilisateurs d'héroïne par exemple, notamment en ce qui concerne leur niveau d'organisation et d'intégration sociale [177, 178]. Enfin, puisque la cocaïne est soluble dans l'eau, de nombreux usagers vont tout simplement diluer la substance à même le sac dans lequel elle est vendue avant d'y plonger l'aiguille de leur seringue pour aspirer la solution [1, 10, 18, 72, 172], ce qui réduit d'autant les risques de partage d'un contenant de dissolution ou d'un filtre, bien que des exemples de *wash* soient répertoriés, c'est-à-dire l'ajout d'eau dans un sac usagé afin d'en extraire les traces de cocaïne qui aurait pu s'accrocher sur les côtés [72].

### 1.3.1.2 Crack

Les personnes qui s'injectent de la cocaïne peuvent parfois être confrontées à une diminution de la disponibilité de la cocaïne en poudre, le crack<sup>5</sup> devient alors une option souvent moins coûteuse ou à tout le moins plus facile à se procurer [100, 110]. Des études mentionnent que les personnes UDI qui s'injectent du crack ont des comportements de consommation à risque plus importants et plus fréquents par rapport aux personnes UDI qui ne se sont jamais injecté cette substance [179], quand bien même ces dernières s'injecteraient des *speedball* ou de la cocaïne en poudre [109], notamment au niveau du partage des seringues [180].

Le crack étant une forme basique de la cocaïne, les phénomènes liés à son injection sont sensiblement les mêmes que pour la cocaïne, notamment au niveau des comportements de *binge* et de la fréquence des injections [181]. Cependant, la dissolution de cette substance nécessite l'ajout d'un acidifiant, les plus couramment utilisés étant l'acide ascorbique, l'acide citrique et l'acide acétique [3, 100, 181-183], et la gamme de comportements utilisés pour s'adonner à cette préparation est susceptible d'exacerber les pratiques à risque [100] tel que celui du partage du contenant de dissolution ou de l'acidifiant employé.

### 1.3.1.3 Amphétamine

Des études ont trouvé que l'injection d'amphétamine<sup>6</sup> est associée à des niveaux élevés d'injection à risque, notamment quand on la compare à l'injection d'opioïde [120, 136, 184]. Cependant, il semble également que les personnes qui s'injectent des amphétamines sont moins propices à déclarer une injection quotidienne ou une grande fréquence d'injection lors

---

<sup>5</sup> Le crack est une forme basique de la cocaïne constitué d'un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque.

<sup>6</sup> L'amphétamine est un stimulant majeur de la famille des phényléthylamines. Il est important de distinguer l'amphétamine en tant que substance de la classe de molécules qui y sont apparentées, que l'on qualifie sous le terme d'amphétamines.

d'un épisode de consommation [125], ce qui est susceptible de réduire les risques de partage du matériel d'injection.

#### **1.3.1.4 Méthamphétamine**

L'injection de méthamphétamine<sup>7</sup> est largement reconnue comme étant associée au partage du matériel d'injection [63, 90, 135, 185], autant de manière réceptive que distributive [186, 187], et ce avec un plus grand nombre de personnes comparativement aux personnes qui partagent leur matériel en s'injectant de l'héroïne par exemple [112]. Cette substance est particulièrement reconnue pour ses effets de suppression au niveau des inhibitions [114], ce qui pourrait expliquer pourquoi elle est fréquemment injectée dans un contexte de pratique sexuelle et souvent en présence de multiples partenaires sexuels [63, 113], autant d'environnement qui favorise le partage du matériel d'injection [77]. La méthamphétamine dispose cependant d'une demi-vie beaucoup plus longue comparativement à une substance comme la cocaïne par exemple [188], cette métabolisation beaucoup plus lente réduisant d'autant la fréquence d'injection et les risques qui y sont liés [189].

#### **1.3.1.5 Éphédrine**

L'injection d'éphédrine « basée », extraite le plus souvent de produit comme le sirop pour la toux, est également associée au partage des seringues [176]. Cette substance est reconnue pour favoriser une forte fréquence des injections [96], d'où la présence d'un risque au niveau du partage du matériel d'injection.

---

<sup>7</sup> La méthamphétamine est un dérivé amphétaminique deux fois plus actif que l'amphétamine.

### 1.3.2 Dépresseurs

Au sein de la classe des dépresseurs, les opiacés/opioïdes constituent la famille de substances la plus communément injectée et seraient associés à des niveaux élevés d'injection non sécuritaire [120]. Mentionnons entre autres la pratique du *backloading* qui serait plus importante chez les consommateurs de cette famille de substances, [190] mais surtout le partage du contenant de dissolution [85, 165]. Les risques reliés aux opiacés/opioïdes semblent surtout tributaires des symptômes de sevrage consécutifs à l'abstention d'une substance associée chez les personnes devenues dépendantes [10, 22, 161], ces symptômes étant encore plus important chez les personnes qui s'injectent de fortes doses [191]. Parmi les signes et symptômes rencontrés, on note entre autres la transpiration abondante, l'agitation, les crampes abdominales, les tremblements, l'insomnie, l'hypertension, les spasmes et douleurs musculaires, l'anorexie, la déshydratation, l'anxiété, les frissons, la tachycardie, les nausées, les vomissements ou encore la diarrhée [192], ce qui explique aisément pourquoi chez les personnes UDI qui s'injectent des opiacés/opioïdes la suppression des symptômes de sevrage devient plus prioritaire que la gestion des risques liés à l'injection [77, 193], ce qui inclue d'ailleurs le choix de partager du matériel d'injection [117, 194, 195].

#### 1.3.2.1 Héroïne

Il semble que les personnes qui s'injectent de l'héroïne soient significativement plus prédisposées à s'engager dans des pratiques d'injection à risque [139, 162, 196, 197], notamment le partage des seringues ainsi que l'ensemble du matériel d'injection [21, 24, 34, 51, 53, 86, 167, 168, 198]. Ce phénomène prendrait de l'ampleur à mesure que la sévérité de la dépendance à cette drogue augmente [117]. Mentionnons qu'il existe plusieurs sortes d'héroïne et que les variations phénotypiques et chimiques entre celles-ci sont susceptibles de jouer un rôle non négligeable au niveau des risques liés leur consommation [33, 100, 153]. Par exemple, l'héroïne blanche se dissout instantanément dans l'eau froide, l'héroïne brune qui est moins raffinée nécessite souvent l'utilisation d'un acidifiant avant d'être chauffée, et l'héroïne « goudronnée » communément appelée *black tar* nécessite un chauffage prolongé [3, 100]. Tout



ceci modifie les pratiques liées à leur préparation et par conséquent les risques qui en découlent [100, 152].

Si le phénomène du sevrage est abondamment mentionné quand il est question des facteurs de risque liés à l'injection d'héroïne, ce qui influence directement la volonté et la capacité de s'injecter en toute sécurité et accentue fortement les chances qu'une personne s'injecte avec du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre [14, 21, 34, 58, 117, 171, 172, 195, 199, 200], il convient d'aborder la question de la tolérance. En effet, la consommation régulière d'héroïne entraîne une diminution des effets ressentis au fil du temps, ce qui pousse par conséquent la personne qui en consomme à devoir augmenter ses doses pour ressentir des effets similaires, ce qui accroît à son tour la disparité entre la quantité d'héroïne requise et la capacité à s'en procurer, un facteur associé à la consommation à plusieurs [199], à la recherche constante de cette substance, peu importe les conséquences qui en résultent [93], et à la pratique du *wash* qui consiste ici principalement à ajouter de l'eau dans un filtre usagé afin d'en extraire les résidus de drogues qui pourraient s'y trouver afin de se les injecter [13, 200, 201].

D'un autre côté, il est également possible de constater que des consommateurs d'héroïne sont moins susceptibles de prendre des risques lors de leur injection [172], notamment en ce qui concerne le partage du matériel d'injection [164]. Des chercheurs mentionnent en effet que ceux-ci sont plus stables au niveau de leur consommation et qu'ils évitent ainsi une grande part du hasard souvent lié à l'injection [202]. Il faut dire que l'effet de l'héroïne est réputé durer plusieurs heures, entre 4 et 6 heures habituellement [10, 203], ce qui réduit d'autant la fréquence des injections [204] qui peuvent s'établir entre 2 et 4 par jour quand il est question d'éviter les symptômes de sevrage [101]. De plus, les effets sédatifs de l'héroïne sont de nature calmante [72, 181], ce qui amène des intervenants qui côtoient ces types de consommateurs à les qualifier de rationnels et de super organisés [72], deux caractéristiques qui les mettent moins à risque au niveau des pratiques d'injection. De plus, contrairement aux stimulants, il existe des traitements pharmacologiques qui permettent de réduire les effets néfastes du sevrage induit par l'héroïne chez les personnes qui en consomment, le plus connu étant certainement celui à la méthadone [90].

### 1.3.2.2 Opiïdes médicamenteux

Des études rapportent que l'injection d'opioïdes médicamenteux est associée aux pratiques d'injection à risque [162] comme le partage des seringues et de l'ensemble du matériel d'injection [205], phénomènes qui toucheraient particulièrement l'injection d'oxycodone, d'hydromorphone, de morphine [56], de dihydrocodéine [51] et de fentanyl [121]. Mentionnons d'emblée qu'il existe de nombreux types d'opioïdes médicamenteux, un terme qui désigne les drogues naturelles et synthétiques ayant des propriétés analogues à celles de la morphine bien que leur structure chimique puisse différer [206], et que ceux-ci sont souvent déclinés selon différentes concentrations, les comprimés d'hydromorphone connu sous le nom de « dilau » par les usagers étant par exemple disponibles en format de 1, 2, 4 ou 8 milligrammes [18].

En plus des risques liés au sevrage, à la tolérance et à la dépendance, ces drogues sont souvent associées, contrairement à l'héroïne, à une plus grande fréquence des injections. En effet, la demi-vie de nombreux opioïdes, qui se métabolise habituellement entre 2 à 4 heures [207], ainsi que la dissolution d'un comprimé ou d'une capsule non prévus pour l'injection, qui peut nécessiter jusqu'à 3 ou 4 injections par dose administrée, occasionne une plus grande fréquence des injections, avec tout ce que cela implique au niveau des risques de partager le matériel d'injection [18, 91, 121, 182, 205, 208]. Contrairement à la cocaïne ou à l'héroïne blanche et beige disponible à Montréal, les médicaments opioïdes ont tendance à laisser une quantité importante de résidus dans les contenants de dissolution ainsi que dans les filtres, ce qui expliquerait pourquoi ces substances sont autant associées aux pratiques de *wash* [18, 31, 85, 91, 200].

### 1.3.2.3 Benzodiazépines

La consommation de benzodiazépines est reconnue dans certaines études comme un prédicteur du partage des seringues chez les personnes UDI qui en consomment [209, 210], notamment en ce qui concerne le temazepam [51, 209], un médicament utilisé pour le traitement des troubles du sommeil, et le phenazepam [176], un sédatif anxiolytique.

### **1.3.3 Perturbateurs**

Si l'on se fie aux données du réseau SurvUDI, il semble que les perturbateurs sont une classe de substances très peu injectées [211] et rien ne laisse supposé que cette tendance diverge profondément dans les autres provinces canadiennes ou dans les autres pays.

#### **1.3.3.1 Kétamine**

Bien que la kétamine, qui est habituellement injectée par voie intramusculaire, soit parfois liée au partage des flacons à dose multiple dans lesquels elle est contenue [212], il semblerait néanmoins que les personnes UDI qui s'en injectent soient un sous-groupe de consommateurs qui ont moins de comportements de consommation à risque comparativement à ceux qui s'injectent de l'héroïne, de la cocaïne ou de la méthamphétamine [87].

### **1.3.4 Polyconsommation**

Si chacun des types de substances injectées est susceptible d'avoir une influence sur les comportements de consommation des personnes UDI, on ne peut passer sous silence les conséquences qui résultent d'une combinaison de plusieurs substances, qu'elles soient prises simultanément ou l'une à la suite de l'autre. Il semble d'ailleurs que les personnes qui consomment des drogues par injection ont des taux plus élevés de polyconsommation comparativement à celles qui pratiquent d'autres modes de consommation [213] et que la co-utilisation d'opiacés/opioïdes et de stimulants comme la cocaïne, le crack ou les amphétamines est fréquente chez les personnes UDI [136, 182, 208, 214], ce qui inclut parfois les benzodiazépines [215]. Ce phénomène n'est pas sans conséquence puisque de nombreuses études arrivent à la conclusion que la consommation de plusieurs drogues, que ce soit via la polytoxicomanie ou l'usage combiné de plus d'une drogue, est associée à une prise de risque lors de l'injection [197, 216], notamment au partage du matériel d'injection [52, 58, 117, 118, 173].

#### **1.3.4.1 *Speedball***

L'injection simultanée de cocaïne et d'héroïne est considérée comme un facteur de risque au niveau des comportements de consommation [162], comme en ce qui concerne le partage du matériel d'injection [21, 166, 196]. Une autre étude conclut pour sa part que les personnes dont le partenaire s'injecte des *speedballs* sont elles aussi à risque de partager leurs seringues [167]. La dynamique exacte à l'œuvre lors de la co-utilisation d'opiacés/opioïdes et de cocaïne n'est pas claire [208]. Il semble toutefois que les personnes UDI qui s'en injectent coopèrent souvent entre elles pour acheter les deux substances, ce qui implique un plus grand risque de partage de la drogue via une seringue unique [1].

Si des études concluent que la fréquence d'injection des *speedballs* correspond à celle de l'héroïne [204], d'autres remarquent au contraire que cette fréquence serait plus importante par rapport aux personnes UDI qui s'injectent uniquement de l'héroïne ou même de la cocaïne [103]. Cette dernière affirmation est surprenante, de même que celle voulant que l'injection de *speedballs* soit associée à une plus grande probabilité de partage de matériel d'injection à cause de symptômes de sevrage liés à l'héroïne [217], car il est largement reconnu que l'héroïne atténue le *down* associé à la cessation de la consommation de cocaïne et que la cocaïne diminue les symptômes de sevrage associé à la cessation de la consommation d'héroïne [218, 219].

#### **1.3.4.2 Stimulants et dépresseurs**

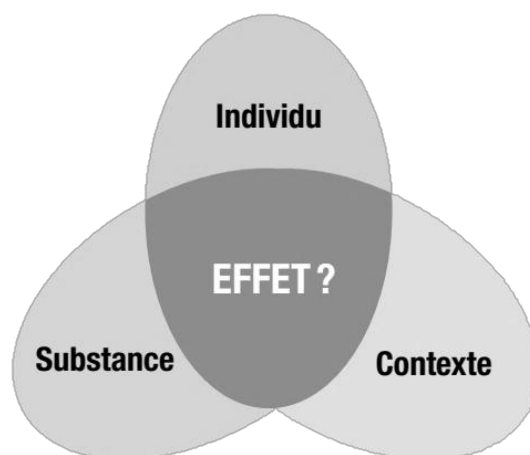
Il semblerait que d'une manière non simultanée, la consommation d'héroïne et de cocaïne [103, 220], d'héroïne et d'amphétamine [220] d'opioïdes et de crack [221] ou de benzodiazépines et d'héroïne [61, 222] seraient associées à des prises de risque lors de l'injection, notamment au partage du matériel d'injection.

#### **1.4 Bref retour sur la littérature et réflexions**

La littérature identifie plusieurs facteurs associés au partage du matériel d'injection chez les personnes UDI. Les facteurs individuels incluent les conditions psychologiques, les perceptions, les expériences personnelles, les désirs et pulsions, l'âge, le genre ou l'orientation sexuelle. Les facteurs socio-environnementaux concernent quant à eux le lieu de l'injection, la nature des liens sociaux entre les personnes UDI, les antécédents sociaux et l'occupation d'un individu. Enfin, les facteurs liés au type de substance consommée concernent autant des classes (ex : stimulants, dépresseurs, perturbateurs) et des catégories de substances (ex : opiacés, barbituriques, tranquillisants) que des drogues en particulier (ex : héroïne, cocaïne, codéine).

Malgré cette somme importante de données provenant de la littérature, des questions subsistent néanmoins. Il n'est pas toujours aisé par exemple de déterminer l'influence que les divers facteurs énumérés peuvent avoir les uns sur les autres et, surtout, de quelle manière la substance consommée intervient spécifiquement dans le processus global de la consommation une fois combinés aux facteurs individuels et sociaux-environnementaux. En effet, les réactions consécutives à la consommation d'une substance varient notamment en fonction des individus qui consomment et du contexte entourant cette consommation [94] (*voir FIGURE 1*).

**FIGURE 1 : La loi de l'effet<sup>8</sup>**



Certaines études arrivent également à la conclusion qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative concernant les drogues consommées et les pratiques d'injection à risque [52, 87, 92], ce qui en soit témoigne bien du fait que l'association entre substance injectée et comportement à risque comporte encore des zones d'ombre. Du côté des études qui concluent à une association significative entre ces deux variables, on constate encore des divergences en ce qui a trait aux types de substances impliquées, aux types de partage en cause ou aux items concernés.

Enfin, des interrogations demeurent concernant la nature de l'influence supposée et des dynamiques qui sont à l'œuvre, que ce soit par exemple au niveau de la teneur chimique d'une substance et des symptômes physiques et psychologiques qui y sont liés, de la composition d'une drogue ou encore des processus liés à sa préparation ou à son injection. En somme, des informations doivent encore être apportées afin de déterminer avec plus de précision les mécanismes qui interviennent lors de l'injection d'une substance spécifique ainsi que l'influence que cela peut avoir sur le phénomène du partage du matériel d'injection.

---

<sup>8</sup> Cette figure est tirée de l'affiche « La loi de l'effet » publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000271/>

## **Chapitre 2 : Cadre théorique et question de recherche**

### **2.1 Perception expérientielle de la personne UDI et sous-culture d'appartenance**

L'illégalité de la majorité des substances injectées par les personnes UDI exclut toute estimation précise de la manière dont les consommateurs utilisent ces drogues, ce qui nuit d'ailleurs à des conditions sécuritaires d'utilisation [1]. Or, ce phénomène social ne peut se comprendre qu'à partir du contexte dans lequel il est étroitement imbriqué, soit les motifs, les moyens, les fins et la planification humaine, en somme aux catégories de l'action humaine [2]. Puisqu'il existe un contraste entre la réalité quotidienne et l'interprétation que s'en font ceux qui y participent [3], il convient de ne pas s'arrêter aux seules conditions objectives de vie des acteurs sociaux mais bien de comprendre le sens qu'ils donnent à leur environnement, à leur situation et à leurs actions [4]. Des auteurs affirment ainsi que les normes varient selon les divers sous-groupes de la société, et à l'image des individus considérés comme « conformes » socialement, les individus « déviants » qui consomment des drogues sont également soumis aux mêmes processus de socialisation de base, bien que le contenu de cette socialisation diffère [5].

Étant donné que chaque sous-culture dispose habituellement d'un ensemble de connaissances réservées exclusivement aux initiés [6], il devient nécessaire de se baser sur le point de vue de l'acteur concerné en tant qu'élément indispensable à toute compréhension approfondie d'un domaine de recherche tel que celui abordé par la présente étude [7]. En effet, parallèlement aux interactions avec le monde conventionnel, l'identité des personnes qui consomment des drogues se forge aussi au contact de leurs pairs, cette sous-culture véhiculant des normes, des valeurs et des attitudes qui lui sont propres [8, 9], allant même parfois jusqu'à réguler les prises de drogues [10]. Le sentiment d'appartenance à une telle sous-culture pousse souvent l'individu concerné à adopter les comportements de ses pairs [5, 9], ce qui laisse d'ailleurs supposer que la toxicomanie relèverait plus d'une pratique socioculturelle « déviante » que d'une forme de trouble psychique [9].

S'intéresser à l'expérience subjective et à la parole des individus permet en outre de comprendre comment se combinent les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui agissent au niveau du comportement lié à la dépendance aux drogues [11], ce qui donne tout son sens à l'affirmation de Gibson et coll. (2011) selon laquelle il existe un bénéfice certain à inclure des utilisateurs de drogues par injection dans l'interprétation et l'explication des données qui sont générées au sein de leur sous-population spécifique [12]. En effet, toute démarche valide au niveau interprétatif doit impérativement partir du point de vue de l'acteur concerné afin de considérer « l'objet d'étude dans sa complexité et (...) donner sens à un phénomène, en tenant compte du jeu des multiples interactions que la personne initie et auxquelles elle répond. » [13]

Nous chercherons donc à comprendre, via la manière dont les personnes rencontrées considèrent et conçoivent leurs expériences d'injections avec ou sans partage de matériel, la logique qui explique ces comportements à partir de leur point de vue, en se basant sur des épisodes de consommation précis puisque « pour atteindre le sens, il faut s'efforcer de comprendre le contexte présent, car seul le contexte peut faire apparaître la signification, laquelle n'est pas dans la connaissance des causes, mais dans la connaissance de tous les éléments présents reliés entre eux. » [14]

## **2.2 Question de recherche**

Afin de mieux comprendre les circonstances entourant le comportement du partage du matériel d'injection, de saisir l'entrelacement entre les divers facteurs explicatifs plausibles qui sont à l'œuvre et surtout de faire ressortir quels types d'enchaînements et de mécanismes sous-jacents sont à l'œuvre entre l'injection d'une drogue spécifique et l'événement du partage du matériel, nous tenterons de répondre à la question suivante : « Quels sont le rôle et l'influence de la substance injectée sur le partage du matériel d'injection chez les personnes UDI ? »



## **Chapitre 3 : Méthodologie**

### **3.1 Devis de recherche**

Puisque l'objectif général de la présente recherche est caractérisé par une visée compréhensive de l'action humaine dans un contexte ou une situation donnée, l'approche privilégiée est de type qualitatif. Le champ de la toxicomanie offre d'ailleurs un terrain fertile pour les méthodes de recherche qualitatives, celles-ci étant souvent le seul moyen dont nous disposons pour recueillir des données sensibles et valides provenant d'une population aussi insaisissable que peut l'être celle des toxicomanes [1] et représente également un moyen d'accéder à leurs propres perspectives et point de vue afin d'expliquer leurs comportements à haut risque [2, 3].

Cette recherche fut orientée de manière rétrospective, puisque l'exercice a consisté, pour les sujets à l'étude, à décrire et expliquer leurs perceptions, leurs expériences ainsi que les circonstances liées à la prise d'une drogue précise lors d'événements antérieurs. Enfin, l'étude de cas fut privilégiée puisqu'une telle méthode est reconnue comme étant particulièrement propice aux études de nature descriptive visant à étudier en profondeur un phénomène contextuel complexe. En effet, plusieurs chercheurs ont démontré la pertinence de se baser sur le contexte réel des pratiques des individus (les cas) et de cesser de privilégier une approche uniquement épidémiologique d'un phénomène comme celui de l'injection de drogues [4, 5].

### **3.2 Population à l'étude**

La question de l'accès à la population qui fait l'objet d'une étude est une considération essentielle de tout projet de recherche, surtout lorsqu'il s'agit d'une population considérée comme cachée et difficile à rejoindre [6, 7] qui s'adonne à des comportements illégaux et réprouvés par la société [3] comme c'est le cas des personnes UDI. C'est ce qui a justifié notre choix de recourir aux services d'organismes communautaires œuvrant spécifiquement auprès

de ces personnes afin de pouvoir accéder à celles-ci. Puisque ces organismes sont reconnus pour attirer les individus les plus à risque parmi l'ensemble des personnes qui consomment par injection [8, 9], la population sur laquelle porte la présente étude est celle des utilisateurs de drogues par injection qui fréquentent les organismes communautaires en prévention des ITSS au Québec.

### **3.2.1 Procédures d'échantillonnage**

Le réseau communautaire joue un rôle primordial dans les services de proximité offerts aux personnes qui consomment des drogues et constitue un bon point d'ancrage pour celles-ci [10, 11]. Quatre organismes communautaires furent donc mis à contribution afin d'endosser le rôle d'intermédiaire entre l'étudiant-chercheur et les participants à l'étude. Il s'agit des organismes *REZO* (Montréal), *AQPSUD* (Montréal), *Point de Repères* (Québec) et *CIPTO* (Gatineau). La décision de miser sur des organismes situés dans trois territoires québécois différents visait à diversifier le cadre de l'échantillonnage pour s'assurer d'une meilleure transférabilité des connaissances produites par cette recherche [12] dans un contexte de grandes variabilités régionales. En effet, tel que spécifié précédemment, les substances accessibles et habituellement injectées varient beaucoup d'un endroit à l'autre (disponibilité, teneur, composition, prix) [13-18]. Il a ainsi été possible d'accéder à des types de consommation caractéristiques et emblématiques de certains territoires, notamment l'injection de méthamphétamine et d'héroïne à Montréal ou d'amphétamine à Gatineau. De plus, allant dans le sens de Yin (2012) et de son concept de recherche systématique de répliques théoriques, les contextes différents ont également le potentiel de changer la valeur de vérité d'une proposition ou le sens d'une pratique [19].

Le choix d'établir un partenariat avec des organismes communautaires est principalement justifié par trois motifs. Premièrement, cela permet de pouvoir compter sur des intermédiaires bénéficiant d'une connaissance subtile du terrain afin de procéder au recrutement de participants potentiels, intermédiaires qui de surcroît sont constitués de coordonnateurs, d'intervenants et de travailleurs de rue qui en plus de bénéficier d'un accès facile à la population-cible, ont bâti une relation de confiance avec celle-ci. La confiance et la relation

qui d'une part se sont constituées entre l'étudiant-chercheur et ces intermédiaires, ainsi que celles qui existaient d'autre part entre ces intermédiaires et la population-cible, permirent de faciliter non seulement l'accès à cette population, mais également la collecte de données détaillées portant sur des questions aussi sensibles que le sont l'injection de drogues et le partage du matériel d'injection [3]. Deuxièmement, ces deux thèmes peuvent, de par l'importante stigmatisation qui y est associée, comporter une connotation hautement émotive chez les personnes qui furent interviewées, ce qui à notre avis nécessitait une mise en relation préalable avec un intervenant compétent issu d'un organisme partenaire, ce dernier pouvant prendre le relais si la personne rencontrée démontrait des signes de détresse psychologique. Enfin, le fait que ces quatre organismes mettent à la disposition des personnes qui fréquentent leurs services du matériel d'injection accessible et gratuit nous a permis de réduire plus efficacement le poids de la variable relative à l'accès au matériel d'injection stérile comme facteur explicatif du partage de celui-ci.

Enfin, la méthode d'échantillonnage retenue fut de nature non probabiliste puisque les participants furent choisis conjointement par l'étudiant-chercheur et des employés des organismes communautaires partenaires afin que soient sélectionnés des cas révélateurs qui étaient au cœur de la problématique étudiée, et ce selon des critères bien spécifiques.

### **3.2.2 Recrutement**

Les participants à l'étude furent retenus selon les critères suivants :

- S'être injecté et avoir partagé au moins une fois l'un ou l'autre du matériel servant à la préparation ou à l'injection de la drogue dans les six derniers mois.
- S'être injectée sans avoir partagé aucun matériel au moins une fois dans les 6 derniers mois.

Ce choix d'opter pour une période de six mois est motivé par le souci d'utiliser un intervalle de temps suffisamment court afin de réduire les biais de rappel concernant les perceptions, les expériences et les circonstances liées aux épisodes de partage et de non-partage du matériel d'injection lors de la consommation d'une substance particulière, tout en bénéficiant d'un

intervalle estimé suffisamment long pour permettre à ces phénomènes d'avoir eu lieu et ainsi éviter de rendre le recrutement de participants admissibles trop difficile.

- Avoir consommé par injection un minimum de deux substances différentes.

Ce choix vise à permettre des mises en relation différentielles selon le type de drogue consommée par une même personne.

Au niveau des critères d'exclusion, mentionnons :

- Ne pas pouvoir s'exprimer en français.

Ceci a pour but de réduire les possibles distorsions de sens dû au processus de traduction, notamment dans un contexte d'utilisation d'expressions liées à la consommation de drogues qui diffèrent d'une langue à l'autre.

- Présenter des symptômes d'intoxication apparents.

En plus de remettre en cause la crédibilité des données amassées, l'état d'intoxication exclut toute assurance d'un consentement éclairé de la part des participants à la recherche.

### **3.2.3 Caractéristiques de l'échantillon**

Neuf répondants participèrent aux entretiens qui furent menés entre janvier et avril 2016. Le tableau suivant fait ressortir leurs principales caractéristiques au niveau du lieu de leur recrutement, du groupe d'âge auquel ils appartiennent, de leur historique et de leur fréquence d'injection, ainsi que des produits qui furent consommés lors des épisodes d'injection analysés (*voir tableau 1*).

**TABLEAU 1 : Caractéristiques des répondants**

<b>Nom</b>	<b>Âge</b>	<b>Historique d'injection</b>	<b>Fréquence d'injection</b>	<b>Produits consommés</b>
<b>Christian</b> (Gatineau)	35-44 ans	12 à 13 ans	Tous les jours	- Morphine - Amphétamine
<b>Steeve</b> (Montréal)	25-34 ans	6 mois	1 à 3 fois semaine	- Cocaïne - Méthamphétamine
<b>Laurent</b> (Montréal)	35-44 ans	20 ans	1 à 3 fois semaine	- Héroïne - Cocaïne
<b>Larry</b> (Montréal)	45 ans et +	6 ans	1 à 3 fois mois	- Cocaïne - Héroïne
<b>Marc</b> (Montréal)	25-34 ans	7 ans	4 fois et plus semaine	- Cocaïne - Morphine - Méthamphétamine
<b>Hugo</b> (Québec)	18-24 ans	3 ans	4 fois et plus semaine	- Hydromorphe - Cocaïne
<b>Gaétan</b> (Québec)	45 ans et +	12 ans	< 1 fois mois	- Cocaïne - Hydromorphe
<b>Francis</b> (Montréal)	45 ans et +	13 ans	4 fois et plus semaine	- Cocaïne
<b>Robin</b> (Montréal - <i>Habite en Abitibi</i> )	45 ans et +	Vingtaine d'années	< 1 fois mois	- Hydromorphe

De ces neuf répondants, deux se sont finalement révélés non admissibles en cours d'entrevues, bien que les critères d'inclusion à l'étude leur fut communiqué lors de la prise de contact initiale et rappelé dans les jours précédents l'entretien. Francis s'est ainsi injecté une seule substance lors des six mois précédents l'entretien et son seul épisode de consommation sans

partage de matériel durant cette période s'est déroulé en l'absence de toute autre personne consommant des drogues par injection, ce qui excluait toute possibilité de partage. Robin pour sa part n'avait eu aucun épisode de consommation sans partage de matériel lors des six derniers mois. L'étudiant-chercheur a cependant choisi de poursuivre les entretiens au cas où des informations pertinentes à la présente étude émergeraient, ceci afin de pouvoir bonifier les résultats et la compréhension issus de l'ensemble des données.

### **3.3 Cueillette de données**

Le lieu de chaque entretien fut choisi par les participants afin de leur assurer un niveau de confort et de confiance maximum, notamment en réduisant l'impression de devoir subir un interrogatoire et en privilégiant une démarche qui leur soit maîtrisable. Ces entretiens eurent lieu dans un organisme communautaire (5), leur domicile (2), un bar (1) et un hôpital (1). Chaque entretien a débuté par la lecture et la signature d'un formulaire de consentement, moment durant lequel nous avons insisté sur la nature confidentielle de l'exercice, sur le droit du participant à ne pas répondre à toutes les questions et à mettre fin à l'entretien à tout moment, et sur le fait que leur participation ou leur non-participation à cette étude n'aurait aucune incidence sur les services qu'ils reçoivent de la part de l'organisme communautaire ayant contribué à leur recrutement.

Les entrevues furent enregistrées à l'aide d'un magnétophone afin de permettre à l'étudiant-chercheur de se consacrer uniquement à la prise de notes complémentaires, notamment en ce qui concernait ses diverses impressions et les questionnements émergeant en cours d'entretien, et de s'assurer de ne rien perdre des informations transmises. Chacun des entretiens fut par la suite retranscrit sous forme de verbatim afin de nous familiariser au maximum avec leur contenu, ce qui facilite par le fait même l'analyse des données d'une manière intensive [20].

### 3.3.1 Variables et unités d'analyse

Cette étude porte sur deux concepts susceptibles d'entrer en relation, à savoir, d'une part, le partage du matériel d'injection et, d'autre part, le type de substance injectée. Puisque le concept de partage du matériel d'injection peut être différemment compris selon le sujet à qui nous nous adressons, certains n'incluant par exemple que la seringue, d'autres excluant d'emblée le partage non intentionnel (accidentel) de ce phénomène [21], il a été impératif d'en fournir une définition claire et précise.

**Partage du matériel d'injection** : Utilisation par plus d'une personne, d'une manière intentionnelle ou non, du matériel servant à la préparation de la drogue (filtre, eau, acidifiant, tampon alcoolisé, contenant de dissolution) ou à son injection (aiguille, cylindre de la seringue, garrot).

Au niveau de la substance, nous choisissons d'employer le terme de « type de substance » puisque les éléments analysés impliquent parfois divers niveaux de catégorisation.

**Type de substance** : Les substances pourront être abordées du point de vue de leur classe (stimulants, dépresseurs, perturbateurs), de leur catégorie (ex : opiacés, barbituriques, tranquillisants), d'un produit (ex : héroïne, cocaïne, codéine) ou d'un sous-produit particulier (ex : sulfate de morphine, hydromorphone, dihydrocodéine). Il est important de spécifier que le type de substance retenu est celui qui est auto rapporté par les participants, selon ce qu'ils perçoivent avoir consommé, puisqu'aucune analyse toxicologique ne fut produite.

L'unité d'analyse est quant à elle constituée d'épisodes d'injection de drogue avec partage de matériel et d'épisodes d'injection de drogue sans partage de matériel, excluant la consommation en solitaire, afin d'offrir un contraste entre ces différents types d'épisodes. C'est au sein de chacun de ces épisodes de consommation distincts que seront mis en relation les concepts du partage de matériel d'injection et le type de substance consommée.

### **3.3.2 Grille d'entrevue**

Étant donné qu'une entrevue de type structuré ne permet pas d'anticiper adéquatement les nouvelles pratiques ou les nouvelles tendances [22], notamment en ce qui concerne les pratiques d'injection à risque et les raisons pour lesquelles elles sont adoptées, nous avons utilisé un guide d'entrevue semi-structuré afin de bénéficier d'une souplesse dans l'exploration de thèmes émergents tout en nous assurant une couverture plus optimale de l'ensemble des thèmes pouvant s'avérer pertinents. Ces entrevues étaient uniques, ceci afin d'éviter les biais de pertes de vue de participants, biais qui se produisent fréquemment dans le contexte d'études de suivi menées auprès de personnes dites vulnérables [23, 24].

L'emploi de questions ouvertes nous a permis non seulement de recueillir les perceptions des participants, mais également de teinter le moins possible leurs réponses. Au niveau du langage utilisé, une attention particulière a été portée afin d'éviter autant que possible l'utilisation d'un vocabulaire complexe et technique en lui préférant plutôt un langage simple, et l'utilisation du jargon québécois relatif à la consommation de drogue et aux substances fut abondamment employé comme moyen de faciliter la communication, éviter les interruptions dues aux éclaircissements de sens et rehausser la qualité de la relation entre l'étudiant-chercheur et les participants, à l'image de ce qui est préconisé par le Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues des Nations Unies [3].

### **3.4 Analyse**

Les facteurs de risque liés au partage du matériel d'injection, qui ont été soulevés au sein de la revue de littérature, nous ont permis de rédiger le contenu de fiches pour chacun des épisodes de consommation avec ou sans partage de matériel, ce qui a constitué notre grille d'analyse. Les facteurs retenus sont présentés dans le tableau qui suit (*voir tableau 2*).



**TABLEAU 2 : Descripteurs généraux**

<b>Facteurs individuels</b>	<b>Facteurs socio- environnementaux</b>	<b>Substances</b>
Âge	Lieux de l'injection	Drogue injectée
Historique d'injection	Types de personnes présentes	
Fréquence d'injection	Contexte ambiant	
État psychologique/émotionnel		

À ces descripteurs furent ajouté des renseignements ayant trait à la quantité de matériel disponible, aux items partagés, aux modalités d'acquisition des drogues consommées et aux modes de préparation de celles-ci. De plus, les répondants étaient invités à donner leurs impressions et opinions sur ce qui pouvait expliquer selon eux le partage ou le non partage du matériel d'injection lors des différents épisodes analysés. Tout cet exercice avait non seulement pour but de nous permettre de nous concentrer sur les expériences d'injection afin d'en reconstituer les diverses composantes, mais également de réduire au minimum toute perte de recul critique qui ferait que certains comportements pourraient être négligés ou d'autres surestimés aux dépens d'un regard exhaustif des phénomènes à l'œuvre. Les fiches ainsi obtenues qui résument les différents épisodes de consommation (seize épisodes avec partage et huit épisodes sans partage) peuvent être consultées à l'*annexe 1*.

À partir des données provenant des entretiens, une analyse de contenu a été effectuée selon un processus de classification systématique impliquant le codage et l'identification de thèmes principaux afin de faire ressortir les éléments pertinents. Le codage et le développement d'un système de catégories plus larges de codes, selon les liens qu'ils ont entre eux, ont permis de réduire et de résumer les données d'une manière schématique et simplifiée, en plus de capter les concepts ou les idées-clés qui émergeaient des données amassées. Cette approche inductive, qui se fonde sur de multiples énoncés d'événements et de comportements afin de générer des principes plus généraux, avait pour objectif de produire des données à partir des perspectives uniques des participants, données qui furent ensuite analysées de manière

interprétative. Suite à cette classification thématique, il nous a été possible de dégager des résultats qui ont pu être comparés aux constats issus de la littérature.

## Chapitre 4 : Résultats

Tel que spécifié précédemment, un total de seize épisodes de consommation avec partage de matériel d'injection et huit épisodes de consommation sans partage de matériel furent rapportés par les répondants (*voir annexe I*).

### 4.1 Type de matériel partagé

#### 4.1.1 Contenant de dissolution

Douze des seize épisodes de consommation avec partage du matériel d'injection impliquent le partage du contenant de dissolution, qui est en définitive l'item le plus partagé par les participants. Dans neuf cas, ceux-ci affirment que ce partage était motivé, bien que pas toujours exclusivement, par la nécessité de partager la substance à s'injecter en différentes parts égales (*voir 4.2.3.1.2.1*), ce qui incluait de la cocaïne, de l'amphétamine, de la morphine ainsi que de l'hydromorphone contin. Deux participants mentionnent que ce partage s'explique, entre autres ou uniquement, par le fait qu'ils ont fait un *wash*<sup>9</sup> à partir des résidus présent dans le contenant déjà utilisé (*voir 4.2.3.2*), ce qui impliquait lors de ces deux occasions une consommation d'hydromorphone contin. Deux autres participants avaient notamment centralisé la préparation des injections pour eux et des partenaires d'injection non expérimentés lors d'une consommation de cocaïne (*voir 4.2.1.2*), deux autres mentionnent la confusion liée à l'état d'intoxication et à la profusion de matériel neuf ou usagé dans l'environnement immédiat (*voir 4.2.3.3.1*) lors d'un épisode de consommation de cocaïne et d'un autre de cocaïne et d'héroïne, et finalement un seul mentionne qu'il manquait de matériel lors d'une consommation de cocaïne (*voir 4.2.2.1.1*).

---

<sup>9</sup> Le *wash* désigne l'action qui consiste à ajouter de l'eau dans un contenant de dissolution ou un filtre usagé afin d'en extraire les résidus de drogue et de se les injecter.

#### **4.1.2 Ampoule d'eau**

Des ampoules d'eau ont également été partagées lors du partage des contenants de dissolution, sauf lors d'un *wash* impliquant l'injection de résidu d'hydromorphone contin lors duquel le participant à ajouter de l'eau d'une ampoule neuve dans un contenant usagé, et lors d'un épisode d'injection d'héroïne et de cocaïne où le participant a pris un contenant usagé qui trainait sur une table remplie de matériel avant d'y ajouter de l'eau à partir d'une ampoule non utilisée.

#### **4.1.3 Filtre**

Le filtre est partagé lors de six épisodes de consommation, et ceci pour les mêmes motifs invoqués dans le cas du contenant de dissolution et de l'ampoule d'eau. La plus faible fréquence du partage de cet item s'explique tout simplement par le fait que ce ne sont pas tous les participants qui filtrent la substance qu'ils s'injectent, notamment quand il est question de cocaïne. Un filtre fut ainsi partagé lors de deux épisodes de consommation d'hydromorphone contin, un épisode de consommation d'amphétamine et trois épisodes de consommation de cocaïne.

#### **4.1.4 Seringue**

Le partage d'une seringue est présent lors de six épisodes de consommation différents. Dans quatre de ceux-ci, il est justifié par le manque de matériel disponible (*voir 4.2.2.1.1*) et implique en ce sens un partage direct de la seringue. On parle ici de consommations de cocaïne, d'hydromorphone contin et d'héroïne, qui furent unanimement effectuées dans un contexte de *craving* (*voir 4.2.3.3.2*) ou de sevrage (*voir 4.2.3.3.3*). Dans les deux autres cas, qui impliquaient une consommation de cocaïne et une consommation d'hydromorphone contin, les participants affirment avoir seulement utilisé l'échelle de gradation située sur le barillet de la seringue pour mesurer le volume total de la solution qui devait être partagé en deux parts égales (*voir 4.2.3.1.2.1*). Le partage direct d'une seringue est le seul type de partage ayant provoqué des réactions émotives plus marquées chez certains participants, notamment

de la part de Francis qui stipule, en se prenant la tête à deux mains, que de partager une seringue « ben c'est déjà assez ! », tout en mentionnant avec une nervosité mal dissimulée que la propriétaire initiale de la seringue n'avait pas le VIH et qu'il la croit. Hugo pour sa part mentionne avoir attendu avec angoisse les résultats de ses tests de dépistage :

Pis c'est le lendemain quand... ben c'est plus tard quand j'avais redescendu là, je m'étais rendu compte là, « ayoye là, j'ai vraiment pris une décision niaiseuse ». Pis là justement j'ai fait trois mois tsé, parce que ça prend trois mois avant de se faire dépister, pis ça a été trois long, long, long mois là.

(Hugo - 18-24 ans - Québec)

#### **4.1.5 Garrot**

Enfin, il y a eu cinq épisodes où le garrot a été partagé, ce qui concernait quatre épisodes d'injection de cocaïne et un épisode d'injection de cocaïne et de morphine. Le partage s'expliquerait dans quatre de ces cinq situations par un manque de matériel (*voir 4.2.2.1.1*). Fait intéressant, ce ne sont pas tous les participants qui ont besoin d'un garrot pour repérer leurs veines quand ils s'injectent, et il semble n'y avoir eu que deux épisodes de consommation au total où la nécessité d'utiliser un garrot ne s'est pas soldé par un partage de celui-ci. Pourtant, Steeve constate qu'il est possible d'utiliser plusieurs objets pour confectionner un garrot de fortune, il précise même que lors de son épisode de consommation sans partage de matériel, l'état de son garrot, qui était « vieux et sale », l'a poussé à fournir à son partenaire d'injection un tel objet. Il affirme d'ailleurs que pour lui, le garrot demeure un de ses petits combats personnels puisqu'il est conscient que ce type de partage n'est pas sans risque. Dans le même ordre d'idée, Larry explique que lors d'un épisode de partage, qui se déroulait chez lui et qui concernait notamment cet item, il savait pertinemment qu'il possédait au moins deux garrots :

Pis je pense même que dans le milieu, j'ai dit « écoute, je vais t'en chercher un », tsé j'ai cherché, j'ai creusé, pis j'en ai trouvé un autre, pis à un moment donné chacun avait son garrot. Mais tsé, c'est un peu un réflexe pour moi de... de passer

le garrot. (...) Ben moi dans ma tête oui là. Pis c'est juste, quand tu vois quelqu'un beaucoup saigner c'est là que tu dis, « oh fuck le garrot, il me semble que... », c'est là que tu deviens plus conscient. Spontanément, moi je vois le garrot comme pas un problème.

(Larry – 45 ans et plus - Montréal)

Cette banalisation au sujet du partage du garrot est également perceptible dans les propos de Marc qui affirme que le partage d'un garrot « ça passe mieux » et que « c'est pas la fin du monde ». Hugo mentionne enfin que bien qu'il n'a pas besoin d'un tel item pour s'injecter, car ses veines sont faciles à identifier, il n'aurait en aucun cas hésité à le partager lors de ses épisodes de consommation si le besoin c'était fait sentir.

## **4.2 Les raisons et contextes évoqués pour expliquer le partage du matériel d'injection**

### **4.2.1 Les facteurs individuels**

#### **4.2.1.1 État psychologique et émotionnel**

##### **4.2.1.1.1 Intoxication initiale**

Quatre participants ont mentionné le fait qu'ils étaient intoxiqués lors d'un ou des deux épisodes de consommation durant lesquels ils ont partagé du matériel d'injection, la majorité de ceux-ci estimant que cet état d'intoxication représentait un facteur pouvant expliquer ce comportement. Ainsi, Steeve mentionne que parmi les points qui lui paraissent les plus apparents entre, d'une part, les deux épisodes où il a partagé le matériel d'injection et, d'autre part, celui où il n'y a eu aucun partage, c'est l'état préalable d'intoxication avancée dans lequel il se trouvait lors des épisodes de partage, l'un à la cocaïne et l'autre à l'alcool. Laurent mentionne un état semblable lors de l'un de ses deux épisodes avec partage :

La coke et l'alcool je te dirais aussi. Ça aide pas non plus l'alcool ! (...) L'alcool c'est assez, en tout cas moi comment je réagis quand j'ai pris de l'alcool, je suis assez... assez impulsif. Tsé je m'en fou un peu plus de ce genre de truc, tsé comme réutiliser du matériel si j'ai pas de seringue. La première option, c'est d'aller chercher mon vieux matériel, la deuxième ça serait de prendre du matériel à quelqu'un tu vois ? Y'a comme une hiérarchie...

(Laurent - 35-44 ans - Montréal)

Marc mentionne pour sa part qu'il était intoxiqué conjointement à la cocaïne et à la morphine lors du seul épisode avec partage qu'il a relaté, mais reconnaît par ailleurs qu'il était également intoxiqué lors de son épisode sans partage, bien que ce fut à une autre substance. Larry est le seul à affirmer que, bien qu'intoxiqué à la cocaïne, ceci ne représenta pas pour lui un facteur l'ayant mené à partager son matériel, expliquant plutôt qu'il était « *gelé* » mais bien, que le « *mood* » était bon et « *cool* ».

#### **4.2.1.1.2 Anxiété et urgence**

L'anxiété, le stress et un sentiment d'urgence prévalaient dans la majorité des épisodes avec partage de matériel qui furent relatés, bien que les raisons énoncées pour expliquer ces états d'empressement soient de diverses natures. Tout d'abord, Gaétan, Francis, Steve et Larry mentionnent tous les quatre que l'un de leurs épisodes avec partage se sont déroulés dans un contexte de *craving*, que l'on pourrait définir par un désir incontrôlable et une envie irrésistible de consommer, et ceci de manière urgente. La cocaïne était la substance consommée dans chacun de ces épisodes (*voir 4.2.3.3.2*). Alors que Gaétan et Francis cherchaient à diminuer au maximum le temps de préparation de leur propre injection, en partageant le contenant et l'eau pour effectuer la dissolution de la drogue et, dans le cas de Francis le filtre pour filtrer la substance, Steve tentait pour sa part d'enseigner à une personne à s'injecter elle-même, en préparant la drogue avec un unique contenant de dissolution, une unique ampoule d'eau et un unique filtre, injection qu'il a finalement effectuée lui-même en urgence à l'aide de son propre garrot puisque cette personne n'y arrivait pas et commençait à paniquer. Enfin, Larry a essayé de préparer dans un même contenant de dissolution et avec la

même eau une grande quantité de drogue, pour lui et son partenaire d'injection. La majeure partie de la drogue était de mauvaise qualité, il s'acharnait simultanément à préparer des seringues pour l'injection et à « tourner » sous forme basique une partie de la drogue pour la transformer en *freebase*<sup>10</sup> afin de l'inhaler :

Oui, mais finalement la roche (*de freebase*), lui il n'a l'a pas fumé. Moi je l'ai essayé parce que je voulais voir si y'avait de la coke là-dedans, parce qu'à l'injection c'était vraiment pas un bon *trip*, tandis que la mienne était très bonne, mais j'en avais pas beaucoup et lui il en avait beaucoup. Fake tsé, j'aurais aimé que la tienne sois aussi bonne que la mienne, mais ce n'était pas le cas, fake j'ai essayé de la tourner, mais je suis le seul qui en a fumé, parce que lui il a continué à se l'injecter. (...) Puis lui il en avait beaucoup, il en avait comme 8 grammes je pense, fake c'était vraiment désolant. Et puis... ouf... estie que j'étais malheureux ! Mais on n'était pas de bonne humeur parce qu'on courait après notre buzz et pis ça marchais mal.

(Larry - 45 et plus – Montréal)

Deux autres participants, Laurent et Christian, mentionnent que les sentiments d'urgence et d'anxiété pouvant expliquer un de leurs épisodes de consommation avec partage de matériel étaient plutôt dus à l'apparition d'un syndrome de sevrage lié aux opiacés (*voir 4.2.3.3*), Le premier à soulager ses symptômes avec une injection d'héroïne, effectuée avec la seringue de quelqu'un d'autre, et le second de morphine, diluée dans le même contenant et avec la même eau qui ont servie à préparer la dose de son partenaire d'injection. Laurent affirme d'ailleurs qu'il est plus susceptible de prendre des risques quand il est dans l'urgence de consommer, comparativement à une période de consommation prolongée. En plus de l'empressement lié au sevrage, Christian mentionne que l'autre épisode durant lequel il a partagé le matériel

---

<sup>10</sup> Le terme *freebase* désigne la forme basique de la cocaïne obtenue par son chauffage avec du bicarbonate de soude, en opposition au crack qui est la forme basique de la cocaïne obtenue par son chauffage avec de l'ammoniaque.



d'injection était lui aussi marqué par l'empressement et le désir d'immédiateté. N'ayant pas dormi depuis trois jours et se sentant harcelé par sa copine de l'époque pour préparer des injections d'amphétamine, il a choisi d'utiliser un contenant de dissolution unique, un seul filtre et une seule ampoule d'eau pour préparer leurs seringues, ceci afin de gagner du temps et de s'en débarrasser au plus vite. Ces états d'urgence qu'il a vécus, bien que liés à des motifs très différents, expliqueraient selon lui pourquoi il y a eu partage dans ces deux épisodes :

Ben c'est... dans le fond, c'est plus l'état... c'est plus l'état d'esprit aussi. À un moment donné j'étais en sevrage, l'autre moment donné j'étais fatigué (...) C'était go, go, go, tout de suite là ! C'était... dans les deux cas j'étais sur le *rush*, je voulais le faire là, là !

(Christian - 35-44 ans - Gatineau)

Enfin, Francis mentionne un deuxième épisode avec partage, qui bien que concernant encore une fois la cocaïne et le contexte d'urgence lié au *craving*, se déroulait pour sa part dans un environnement jugé hostile à l'injection (voir 4.2.2.2). Étant présent dans un *crack house*<sup>11</sup> pour inhaler du crack, il a en effet décidé de s'injecter de la cocaïne alors que cette pratique n'y était pas acceptée, utilisant au passage une seringue usagée qu'il a rincée en vitesse avec de l'eau pour procéder au plus vite à son injection sans se faire surprendre.

#### **4.2.1.2 Inexpérience et difficulté à s'injecter**

Deux répondants ont relevé que la difficulté à s'injecter des personnes qui les accompagnaient lors de l'ensemble de leurs épisodes de consommation avec partage de matériel pouvait possiblement constituer un facteur explicatif à celui-ci. Larry mentionne par exemple que lors de ses deux épisodes avec partage, qui impliquaient à chaque fois une consommation de cocaïne, les autres personnes présentes étaient inexpérimentées au niveau de l'injection. Dans le premier épisode, une personne avec peu d'expérience se plaignait de manquer son injection

---

<sup>11</sup> Le terme *crack house* désigne un lieu où plusieurs personnes inhalent du crack.

tout le temps quand elle essayait de l'exécuter elle-même, alors que l'autre personne présente avait débuté l'injection depuis encore moins longtemps et avait donc moins d'expérience. Ainsi, il y a eu un partage de garrot alors que Larry injectait les deux autres personnes en plus de lui-même, l'une de ces deux autres personnes s'injectant parfois seule en plus d'injecter l'autre personne à quelques reprises, une situation propice à la confusion et à la réutilisation du matériel. Dans le deuxième épisode, Larry rapporte qu'il consomme avec une personne qui, bien qu'ayant un peu plus d'expérience que les deux individus de l'épisode précédent, demeure tout de même inexpérimentée, ce qui pousse Larry à centraliser le processus de préparation des nombreuses injections qui seront faites et à utiliser les mêmes contenants de dissolution et ampoules d'eau ainsi que le même garrot :

Son inexpérience. S'il avait été vraiment un consommateur avec beaucoup d'expérience, c'est sûr qu'il aurait fait ses affaires et que j'aurais fait mes affaires. On aurait resté ensemble probablement, il aurait eu ... il y aurait eu... physiquement on aurait été ensemble plus longtemps, mais les *trips* auraient été séparés, fake ça aurait été mes affaires tes affaires.

(Larry - 45 et plus – Montréal)

Ce partenaire de consommation a également la peau noire, ce qui complexifie la recherche de ses veines, car elles sont moins visibles à la surface de sa peau. À la question de savoir si la consommation de cocaïne dans les deux épisodes qui viennent d'être relatés avait pu constituer un facteur associé au partage du matériel, Larry n'en est pas convaincu et penche plutôt pour l'explication liée au manque d'expérience des autres consommateurs, puisque lorsqu'il pense aux diverses fois où il a consommé sans partager son matériel, « c'est juste parce que tout le monde sait ce qu'il fait tsé ».

Steve pour sa part explique que lors d'un de ses deux épisodes de consommation avec partage, il était anxieux et soucieux, car il devait initier trois autres personnes à l'injection de cocaïne, bien que cela ne fasse pas longtemps qu'il s'injectait lui-même. Agissant à titre de « maître d'hôtel » selon ses mots, il préparait les différentes seringues en utilisant un seul contenant de dissolution, un seul filtre et une seule ampoule d'eau, puis expliquait aux autres

comment réaliser leur injection. Puisque ces personnes ne parvenaient pas à s'injecter, il a finalement procédé lui-même à leur injection en utilisant à chaque fois le même garrot. Dans l'autre épisode où Steeve mentionne avoir partagé du matériel d'injection, il s'injectait de la cocaïne avec une seule autre personne qui, bien qu'ayant plus d'expérience que lui, a des veines jugées difficiles, ce qui nécessitait son concours lors de l'injection et l'aurait conduit à utiliser son propre garrot pour faire saillir les veines de son compagnon. En somme, cette centralisation du processus de préparation et/ou d'injection pourrait expliquer pourquoi différents items furent utilisés conjointement pour plusieurs consommateurs.

Oui, ça a été le principal élément. Parce que... que si... parce que tsé dans le fond c'est moi qui injectais les autres. Pis même dans l'épisode où je suis seul avec la personne, ça m'arrive de le faire pour lui parce qu'il a de la misère. Il est un peu grassouillet.

(Steeve - 25-34 ans - Montréal)

## **4.2.2 Les facteurs socio-environnementaux**

### **4.2.2.1 Planification**

Pour poursuivre avec Steeve, il est intéressant de constater que les deux épisodes lors desquels il a partagé du matériel d'injection impliquaient la consommation de cocaïne, alors que son épisode de non-partage concernait quant à lui l'injection de méthamphétamine. Il mentionne d'ailleurs que contrairement à la consommation de cette dernière substance, qui requiert chez lui une planification plus importante afin d'acquérir la substance (*voir 4.2.2.4*), trouver un partenaire sexuel « *trippant* » avec qui consommer ainsi qu'un contexte plus opportun pour assumer la gestion d'une intoxication qui dure dans le temps (*voir 4.2.3.3*), la consommation de cocaïne nécessite beaucoup moins de préparation :

Ben, comme je disais, c'est niaisieux, mais la coke je peux dire euh... oh on est lundi soir, mais je vais m'en faire juste un (*quart de gramme*), bon ben finalement je vais m'en faire trois, mais je vais aller travailler demain pareille.

(Steeve - 25-34 ans - Montréal)

Cette nécessité moins importante de planification occasionne une plus grande part d'imprévisibilité. Cependant, une planification plus importante de l'épisode de consommation n'exclut en rien les risques de partager le matériel de consommation, à l'image de Robin qui a projeté plusieurs jours à l'avance son épisode de consommation en cessant de prendre sa méthadone afin de ressentir les effets maximums de l'hydromorphone contin qu'il comptait s'injecter. Dans ce cas, c'est plutôt le processus de partage du produit qui l'a conduit à partager bon nombre d'items servant à la préparation et à l'injection du produit (*voir 4.2.3.1.2.1*).

#### **4.2.2.1.1 Manque de matériel**

Une situation qui relève d'une planification déficiente apparaît à quelques reprises dans les entretiens, celle du manque de matériel d'injection. En effet, bien que les participants interrogés aient accès à des points de distribution qui offrent du matériel d'injection gratuit et sans limite en terme de quantité, ils sont nombreux à s'être retrouvés dans une situation de pénurie de matériel lors d'un épisode de consommation. Ainsi, Steeve, Larry et Marc affirment avoir partagé le seul garrot disponible avec les personnes avec qui ils consommaient, bien que deux d'entre eux mentionnaient pourtant en avoir toujours besoin quand ils s'injectent. Hugo a partagé un contenant de dissolution, un filtre et de l'eau pour la même raison, alors que lui, Steeve, Laurent et Francis ont également partagé une seringue par manque de matériel stérile. Fait à noter, sur les huit épisodes de partage au sein desquels un manque de matériel fut mentionné, cinq impliquaient une consommation de cocaïne, un de cocaïne et de morphine, un d'hydromorphone contin et un d'héroïne. Hugo, dont les deux épisodes de consommation avec partage impliquent un manque de matériel, mentionne d'ailleurs que dans chacun des cas, « si on avait eu une quantité de matériel comme qu'on voudrait, on l'aurait pas fait ». Une fois la drogue acquise, il semble en effet trop tard pour amorcer des démarches en vue d'acquérir le matériel manquant, et quand celui-ci est tout de même disponible en vente à la pharmacie du coin, l'argent est habituellement consacré prioritairement à l'achat de la substance à s'injecter plutôt qu'au matériel de consommation :

Tsé parce que quand tu consommes, ton état d'esprit c'est ben plus... tu vas mettre ton argent où est-ce que tsé, t'as besoin de la dope, ça c'est la priorité tsé. Je m'achèterai pas moins de dope pour avoir plus de matériel. J'ai la dope que je peux avoir, pis s'il me reste de l'argent, ben là je vais être capable de m'acheter plusieurs trucs de matériel, mais si je peux juste m'en acheter un, mais ça va être juste un.

(Hugo - 18-24 ans - Québec)

C'est d'ailleurs ce qui fait dire à Laurent, qui a utilisé une seringue usagée dans une situation d'urgence liée à un sevrage d'opiacé alors qu'il n'avait aucunement planifié ses besoins en matériel, qu'il serait intéressant d'installer des machines distributrices de seringues sur le coin des rues.

#### 4.2.2.2 Lieux de l'injection

Parmi l'ensemble des participants rencontrés, Francis est celui qui semble accorder le plus d'importance au lieu de l'injection en tant que facteur associé positivement ou négativement au comportement du partage du matériel d'injection. En effet, il raconte comment, lors de l'un de ses épisodes de consommation de cocaïne avec partage, il a été obligé de s'injecter en cachette dans un lieu où la pratique de l'injection n'est pas acceptée, à savoir une *piaule*<sup>12</sup> de *crackheads*<sup>13</sup> ou *crack house*.

Pour *puffer (inhaler)*, pis ceux qui tiennent ces places-là, ils n'acceptent pas le monde qui se piquent, ils les mettent dehors. Je l'ai fait comme en cachette, j'ai joué comme à la cachette. Fake en plus d'être pressé, j'avais la pression de pas me

---

<sup>12</sup> Le terme *piaule* désigne un appartement où les gens vont d'ordinaire consommer la drogue que l'on vend sur place.

<sup>13</sup> *Crackhead* est un terme péjoratif qui désigne les consommateurs de crack par inhalation.

faire pagner. (...) Oui, pis habituellement quand tu es dans une piaule tu vas consommer la drogue qu'ils vendent là. Moi j'avais de la coke sur moi, en plus ça, fake je l'ai pas pris là la dope moi, je l'ai pas acheté là.

(Francis - 45 ans et plus - Montréal)

Ayant déjà vu des gens recevoir une raclée pour s'être injecté en pareil lieu, Francis mentionne que c'est ce qui l'aurait convaincu de demander discrètement une seringue à une personne qui était sur place et qu'il sait s'injecter parfois. Ayant appris que celle-ci n'avait que du matériel souillé, il a tout de même pris l'une de ses seringues usagées afin de procéder au plus vite à une injection discrète dans la salle de bain, « je me suis débrouillé avec ce qui avait pis j'ai fait vite pour ne pas me faire voir ». Bien que le deuxième épisode de partage ait eu lieu chez lui, dans un environnement qu'il maîtrise, ce partage n'était pas lié à un manque de matériel, mais plutôt à la nécessité de diviser la substance à consommer en deux parts égales (*voir 4.2.3.1.2.1*). En effet, Francis mentionne qu'il peut aisément cacher du matériel chez lui afin de ne jamais en manquer, bien que cela lui soit interdit car il demeure dans un appartement supervisé. De plus, il ajoute qu'il a le contrôle de comment les choses se passe quand il est chez lui et qu'il est moins stressé lors de ses injections :

J'étais pas dans le même environnement. L'environnement compte euh... tu vas faire un meilleur *trip* chez vous que dans une piaule, j'ai bad *trippé* dans la piaule. Tu vas te piquer, tu paranoïes plus. L'environnement est pas le même, là j'étais dans un environnement de *puffeux*, où c'est mal vu. (...) Oui, pis chez nous, c'est chez nous, ça marche comme toi tu veux. (...) Quand je suis chez nous j'ai le contrôle du territoire, ailleurs je l'ai pas, s'il n'y a pas de matériel sur place euh...

(Francis - 45 ans et plus - Montréal)

Ayant une expérience de 13 ans comme consommateur de drogue par injection, Francis a également fait des liens avec son passé de personne itinérante, mentionnant avoir déjà contracté la bactérie mangeuse de chair à cause d'une réutilisation fréquente de son propre matériel souillé, ce qui lui fait dire que le milieu dans lequel se déroule l'injection est important. Hugo, bien qu'ayant un historique d'injection beaucoup plus court dû à son âge,

fait une distinction concernant le lieu de ses injections entre, d'un côté, ses deux épisodes de consommation avec partage et, de l'autre, celui sans partage. D'un côté il est soit dans la rue, soit dans son ancien appartement, à savoir un lieu où d'autres personnes ont accès, deux endroits en fait où il était anxieux à l'idée de se faire surprendre. De l'autre, lors de l'épisode sans partage, il se trouve dans son nouvel appartement où il se sent à l'abri puisque seuls lui et son colocataire ont les clés, ce qui lui permet de préparer ses injections avec calme. Larry mentionne pour sa part que le fait de ne pas être chez lui lors d'un de ses épisodes avec partage a pu jouer au niveau de la disponibilité du matériel, bien qu'il ne soit pas certain de la quantité qui était effectivement disponible :

Mais c'était chez quelqu'un d'autre, fake c'était plus limité... tsé, j'avais l'impression que j'avais tant de matériel et pas plus, pis l'autre personne aussi. Mais c'était limité, mais il y en avait peut-être juste assez, il n'y avait pas de gros surplus.

(Larry - 45 ans et plus - Montréal)

Christian est le seul répondant dont les trois épisodes de consommation se déroulent chez lui, ce qui lui permet d'emmagasiner du matériel à profusion et de pouvoir en prendre à sa guise s'il doit aller travailler par exemple. C'est ce qui lui fait dire que le lieu de ses injections n'est pas un facteur qui influence ses comportements liés au partage du matériel de consommation.

#### **4.2.2.3 Type de partenaire(s)**

Au moins cinq participants mentionnent que la relation qu'ils avaient avec la ou les personnes avec qui ils consommaient était susceptible d'avoir eu une influence lors de leurs épisodes d'injection avec partage de matériel. Ainsi, Christian a partagé le contenant de dissolution et l'eau avec un ami lors d'une consommation de morphine, et les mêmes items en plus d'un filtre avec sa copine lors d'une injection d'amphétamine. Hugo, qui lui aussi a partagé avec sa copine lors d'un épisode de consommation, copine avec qui il est en couple depuis deux ans et demi et avec qui il partage régulièrement l'ensemble du matériel d'injection, affirme avoir ressenti une grande angoisse suite à l'épisode de partage qu'il a eu avec une vague

connaissance lors d'une injection de cocaïne, angoisse qu'il ne ressent pas du tout par rapport à l'épisode de partage avec sa copine :

Je dirais qu'il y a eu aussi le fait de la personne tsé. Ma blonde j'ai beaucoup confiance en elle, fake, je partageais, mais tsé, sans avoir vraiment peur. Tandis qu'avec l'autre gars c'était... c'était... (...) Euh... honnêtement, le sentiment de sécurité, le fait que... Mais je pense qu'il y a aussi le fait que j'étais avec ma blonde, je pense que ça fait une différence. Tsé ma blonde je la connais mieux tsé, j'ai beaucoup plus confiance en elle, tsé je connais plus ses habitudes de vie. Je pense que j'étais moins inquiet de partager avec elle que de partager avec n'importe qui d'autre.

(Hugo - 18-24 ans - Québec)

Laurent affirme pour sa part que le seul épisode de partage fait en toute conscience, en opposition à l'autre épisode où il était intoxiqué conjointement à la cocaïne et à l'héroïne et où le matériel était répandu un peu partout, concernait la seringue d'une personne qu'il considère plus comme un ami que comme un simple partenaire de consommation. Ce lien amical avec les personnes avec qui les participants ont partagé du matériel est également rapportée par Marc, qui stipule avoir partagé un garrot avec des amis, c'est-à-dire des personnes envers qui il se sent plus proche, envers qui il a plus de respect et pour lesquels il a plus d'affection comparativement au client anonyme avec qui il a consommé lors de son épisode sans partage. Larry pour sa part affirme que les deux épisodes de partage durant lesquels il s'injectait de la cocaïne se sont déroulés en présence d'amis dans un cas, et avec une personne qu'il connaît depuis au moins un an et demi dans l'autre cas, personne avec qui il a consommé à quelques reprises dans le passé et qu'il considère maintenant comme un ami.

#### **4.2.2.4 Disponibilité de la substance**

L'environnement dans lequel évoluent les consommateurs de drogues par injection est marqué par une variabilité concernant le niveau de disponibilité des diverses substances présentes. Ainsi, Steeve qui habite à Montréal affirme qu'il possède le contact d'un livreur de cocaïne



qui se déplace à domicile jusqu'à 23h00, ce qui lui a fait réaliser que l'élément qui le met le plus à risque n'est pas nécessairement la substance en tant que telle, mais sa grande accessibilité, quel que soit le contexte dans lequel il se trouve. Au contraire, Larry trouve que cette plus grande disponibilité de la cocaïne lui permet plus aisément d'en donner une certaine quantité quand il en possède beaucoup, afin que le ou les autres consommateurs préparent eux-mêmes leur injection, ce qui réduit d'autant les risques de partage. À l'inverse, il affirme qu'il est beaucoup plus difficile d'avoir des contacts pour trouver de l'héroïne, surtout de bonne qualité, ce qui fait que « tu la gardes comme un chien enragé », « t'as tiens fort ! ». Il ne donnera jamais son sachet d'héroïne à quelqu'un d'autre en l'invitant à se préparer lui-même son injection, il garde le contrôle de la substance et prépare lui-même les injections :

Y'a, effectivement, je peux penser dans le passé où moi j'ai partagé, j'ai eu du partage de matériel avec de l'héroïne, mais c'était vraiment parce que moi je contrôle la dope. Fake l'élément clé c'était : c'est à qui la dope. (...) c'était mon héro fake je préparais les deux seringues dans un *cup (contenant de dissolution)* pis j'y donnais sa seringue, fake...

(Larry – 45 ans et plus - Montréal)

Hugo, qui habite pour sa part dans la ville de Québec, mentionne que la cocaïne y est plus difficile à trouver comparativement à Montréal, ce qui peut parfois obliger des consommateurs à passer par un intermédiaire pour avoir accès à une personne qui en vend. Cet intermédiaire est alors en droit de demander une « cote », c'est-à-dire un montant d'argent ou, plus fréquemment, une partie de la drogue achetée à titre de rétribution pour ses services. Ainsi, Hugo relate que lors d'un de ces deux épisodes de consommation avec partage de matériel, il avait auparavant croisé une vague connaissance qui lui avait indiqué avoir de très bons contacts pour obtenir de la cocaïne, ce qui déclencha chez lui un *craving* et l'incita à trouver un moyen d'obtenir rapidement de l'argent :

Pis là après ça on est allé chercher, de la coke dans le fond, pis là moi je lui donnais sa cote dans le fond, parce que lui ça lui prend une commission pour ça, pis c'est là dans le fond qu'il y a eu partage de matériel. (...) Faut que j'y paye sa

cote, pis si y'aurait pas fallu que je lui paye sa cote, je l'aurais pas partagé, je serais parti avec ma dope chez nous pis... ou bedon dans la rue ou un parking tsé. Fake c'est vrai que de... le fait d'être obligé de passer par quelqu'un d'autre et d'être obligé de le payer... Parce que si j'avais eu plus d'argent aussi je lui aurais donné sa cote en *cash* tsé, mais comme j'avais juste assez pour payer la dope, ben la cote elle va être en dope tsé.

(Hugo - 18-24 ans - Québec)

#### 4.2.2.4.1 Qui possède la substance

La personne qui est en possession de la substance à injecter, dans un contexte où elle est la seule à en posséder ou en possède une plus grande quantité, est également un facteur susceptible de moduler la manière dont celle-ci sera préparée ou consommée selon les dires de certains participants. Larry raconte par exemple comment, dans l'un de ses épisodes de partage, il préparait des injections de cocaïne tout en « tournant » de la cocaïne en *freebase* simultanément, ceci dans le but de parvenir à ressentir un effet euphorisant malgré une drogue de mauvaise qualité et parvenir à « garder content » la personne qui avait fourni la majeure partie de celle-ci. Alors que dans un contexte où chacun possède sa propre drogue il demande au minimum aux autres consommateurs de préparer leur propre seringue, comme dans l'épisode de partage où il aide des personnes inexpérimentées à s'injecter de la cocaïne, Larry affirme plutôt s'occuper de l'ensemble du processus quand on lui fournit la drogue :

Lui il fournit la dope, moi je fournis la main-d'œuvre. C'est de même que tu penses aussi. Même s'il était capable de s'injecter, ça me dérangeait pas de l'aider ou au minimum de préparer sa seringue parce que... je... ouais, tu lui dois, il te donne plein de coke. Mais, tsé, au début c'est ce que tu penses jusqu'à ce que tu vois que sa dope est pas bonne. Mais c'est sûr que tu vas travailler si c'est la dope de quelqu'un d'autre.

(Larry – 45 ans et plus - Montréal)

Cette façon de procéder comporte donc un risque puisqu'une seule personne centralise l'ensemble du processus de préparation des injections, augmentant par le fait même les chances qu'il utilise un même item lors de la préparation de plus d'une injection, à l'image de ce qui s'est passé dans le cas de Larry. Dans le même ordre d'idée, Robin explique que bien qu'il ait partagé du matériel afin de diviser la drogue qu'il possédait en deux parts égales, le fait que ce soit lui qui fournissait l'hydromorphone contin que lui et son partenaire se sont injecté lui a possiblement évité de devoir s'injecter en deuxième, à partir des dépôts laissés dans le contenant de dissolution suite à la première injection :

Ben un peu de pression, pis j'ai imposé euh... premièrement c'est moi qui l'a acheté là, mais euh... j'ai imposé ce que... la manière de consommer là tsé. (...)  
Ça a joué un rôle certain parce que probablement, sinon, il l'aurait écrasé lui, il aurait fait son hit, il m'aurait donné le deuxième comme on dit, le *wash* là, mais euh... moi j'ai dit regarde là, il n'est pas question que l'un ou l'autre soit perdant.

(Robin - 45 ans et plus - village d'Abitibi)

Francis abonde dans le même sens, en expliquant que s'il a partagé du matériel avec une connaissance lors d'une injection de cocaïne, c'est qu'ils avaient acheté la drogue ensemble et voulaient la diviser en deux parts égales (*voir 4.2.3.1.2.1*), car s'il avait été le seul à fournir la drogue, il lui aurait donné la quantité de son choix :

C'est moi qui te la donne, tsé à cheval donné tu regardes pas la bride là ! Tsé l'expression là, tsé quand quelqu'un te donne un morceau de roche (*de crack*) ou il te donne un morceau de quart (*de gramme*), tu chiales pas là, tu le prends là.

(Francis - 45 ans et plus - Montréal)

Seul Marc affirme ne pas voir de lien entre qui possède la substance à s'injecter et comment celle-ci sera préparée et/ou distribuée. D'ailleurs, il est le seul à posséder la drogue lors de l'épisode de partage qu'il a relaté, à savoir de la cocaïne et de la morphine, alors que c'est le client avec qui il consomme lors de son épisode sans partage qui fournit la méthamphétamine qu'ils se sont injectés.

## **4.2.3 Les facteurs liés à la substance**

### **4.2.3.1 Dimension économique**

#### **4.2.3.1.1 Quantité**

La quantité de drogue que les participants ont en leur possession lors de leurs différents épisodes de consommation joue un rôle certain chez nombre d'entre eux quand il est question du partage ou non du matériel d'injection. Christian affirme ainsi qu'une faible quantité de drogue pousse les consommateurs à vouloir en retirer un maximum alors que quand il y en a à profusion, « ben là tu t'en fous pas mal plus ». La quantité de drogue disponible serait d'ailleurs selon lui l'un des facteurs qui départageraient le plus clairement les deux épisodes avec partage de son épisode sans partage, lors duquel lui et son partenaire d'injection disposaient d'une quantité appréciable de morphine. La meilleure manière pour s'assurer de recevoir sa juste part, quand la quantité de drogue est limitée, consisterait à dissoudre la drogue en employant le même matériel, afin d'en faire une solution injectable qui pourra être répartie entre les différents consommateurs (*voir 4.2.3.1.2.1*). Robin mentionne notamment que lors de son épisode de consommation avec partage, lui et son partenaire d'injection ne disposaient pas d'une grande quantité d'hydromorphone continu, ce qui l'a convaincu d'écraser la gélule contenant des microgranules dans un unique contenant de dissolution, chose qu'il n'aurait pas faite s'il avait eu en sa possession une quantité plus importante de drogue :

Si ça aurait été de la poudre euh... pis en grosse quantité, j'aurais peut-être pu...  
ben pas j'aurais peut-être, j'aurais pris la décision de la séparer là.

(Robin - 45 ans et plus - village d'Abitibi)

#### **4.2.3.1.2 Prix et achat à plusieurs**

Le prix de la substance est directement lié selon Christian à la capacité d'une personne à acheter elle-même une quantité appréciable de drogue, ce qui, dans un contexte de pénurie de

ressource, peut le pousser à devoir acheter sa drogue en commun avec un autre consommateur :

C'est pas tout le temps... c'est pas tout le temps que tu peux te ramasser avec mettons 100\$ dans les poches. Fake des fois tu vas te ramasser, t'as... t'as 50\$ pis l'autre il a 50\$, bon ben on va le mettre ensemble. (...) Si tu peux en acheter plus, t'as comme moins de chance de partager.

(Christian - 35-44 ans - Gatineau)

Francis abonde dans le même sens en mentionnant, au sujet de l'un de ses épisodes de consommation avec partage de matériel, qu'en plus d'avoir partagé le filtre, l'eau et le contenant de dissolution avec la personne avec qui il s'était injecté de la cocaïne, ils avaient initialement partagé l'argent pour acheter la drogue. Selon lui, cette consommation partagée découlait nécessairement d'un achat en commun, puisque la cocaïne, « ça ne se donne pas ». La manière dont la drogue est subdivisée et emballée quand elle est vendue semble également avoir un impact sur la séparation de celle-ci entre les personnes ayant participé à l'achat commun. Si la cocaïne se vend couramment au Québec au niveau du quart de gramme, pour un montant de 20\$, il est toujours possible auprès de certains fournisseurs de réduire le coût unitaire en achetant une plus grande quantité. Ainsi, la personne qui fournit à Steve sa cocaïne offre des sacs à 20\$ (0,25 gramme), 35\$ (0,5 gramme) et 50\$ (0,75 gramme) :

Quand lui il arrive et qu'on achète pour 200\$, il n'a pas tous les sacs à 20 (\$), donc il a des demis (*gramme*) qu'on sépare à deux. Des demis (*gramme*) ou des 50 (\$), peu importe, mais on les fait à deux. Je ne sais pas si on peut appeler ça du partage, mais on prépare les trucs, on se le sépare. (...) Si on avait eu des quarts à 20, chaque quart à 20, on aurait pu *gager* nos affaires, on en a 5/5, j'en fais 2, pis t'en fais 2, j'en fais 1, t'en fais 1. On n'aurait pas eu besoin...

(Steve - 25-34 ans - Montréal)

Larry mentionne pour sa part que quand il achète plusieurs points (*0,1 gramme*) d'héroïne et qu'ils sont tous enveloppés séparément, il est plus disposé à donner un point à quelqu'un, ce

qui n'est pas le cas quand l'héroïne est ensachée au demi-gramme. Il préfère alors commencer par la préparation de la solution à s'injecter, à l'aide du même matériel, afin de contrôler la quantité qui sera remise à chacun. C'est ce qui lui fait dire que ce n'est pas la drogue en tant que telle qui le pousse à partager le matériel de consommation lors de la préparation de l'injection, mais plutôt la quantité qui est achetée ainsi que la subdivision des emballages. Hugo, qui consomme parfois des opioïdes médicamenteux, mentionne également qu'il y a une différence dans le processus de préparation des injections selon le type d'hydromorphe qu'il parvient à acheter avec une autre personne. En effet, un comprimé individuel de 30 milligrammes nécessite selon lui de diviser la substance après sa dissolution dans un contenant unique, alors qu'un achat de 30 milligrammes se présentant sous la forme de cinq comprimés distincts de 6 milligrammes permet de séparer une partie de la substance sous forme sèche, comprimé par comprimé.

#### **4.2.3.1.2.1 Partage de la drogue**

Parmi l'ensemble des entretiens qui furent menés, la question de la séparation égale d'une substance entre deux ou plusieurs consommateurs est l'une des raisons qui furent le plus souvent avancées pour justifier le partage du matériel d'injection. En effet, Francis mentionne que la séparation « à l'œil » de la substance n'est pas une option quand on s'injecte, notamment à cause de la paranoïa liée à la consommation, Gaétan précise qu'il serait alors possible que l'une des personnes puisse en avoir plus que l'autre, ce qui serait susceptible de créer de la chicane selon Christian et Francis. Robin par exemple, qui souhaitait partager en deux parts égales une hydromorphe contenue se présentant sous la forme d'une gélule remplie de microgranules, affirme que la seule manière de procéder à la subdivision de la substance sans partager aucun matériel d'injection aurait été de séparer une à une les nombreuses microgranules et de les écraser séparément dans des contenants de dissolution distincts, ce qui aurait été long et ardu. Le fait d'écraser l'ensemble en une seule fois, de les diluer dans un seul contenant de dissolution, à l'aide d'une unique ampoule d'eau, et de séparer la solution ainsi obtenue est non seulement plus aisé et plus rapide, mais permet en outre selon lui de ne pas en perdre, de ne pas en gaspiller et de s'assurer que chacun a la même quantité. Concrètement, Robin a écrasé la gélule et a déposé la poudre ainsi obtenue dans un contenant de dissolution.

Il a ensuite ajouté la quantité d'eau nécessaire à la dissolution du produit afin de le transformer en solution injectable. Il a placé un unique filtre dans le contenant afin de filtrer la solution, insérant la pointe de la seringue dans celui-ci avant de tirer sur le piston pour aspirer la solution dans le barillet de la seringue. Puisque la quantité totale de solution excédait le volume du barillet, il a rempli celle-ci au complet avant d'utiliser une seconde seringue pour aspirer la quantité de solution restante, en piquant dans le même filtre. Après avoir calculé la quantité totale de solution aspirée à l'aide de l'échelle de gradation située sur le barillet des deux seringues, Robin a expulsé de la première seringue la quantité excédentaire dans le contenant de dissolution préalablement utilisé, cette solution étant par la suite aspirée dans la deuxième seringue, ce qui a permis d'obtenir deux quantités de solution à s'injecter qui soient identiques. Christian, qui a eu besoin dans l'un de ses deux épisodes de consommation avec partage de diviser une gélule de morphine qui présentait les mêmes caractéristiques, affirme également qu'il ne compterait jamais les microgranules une par une, car c'est beaucoup plus facile de diviser l'entièreté de la gélule une seule fois, dans un unique contenant, après y avoir ajouté de l'eau. Cependant, contrairement à Robin, Christian dépose deux filtres dans le contenant de dissolution et aspire la substance avec deux seringues distinctes, essayant de répartir la solution de manière égale entre les deux sans utiliser l'échelle de gradation du barillet d'une seule seringue. Hugo et Gaétan, s'étant chacun injectés une hydromorphe contin lors d'un épisode de consommation avec partage de matériel, exprimaient également à quel point il est plus facile d'écraser la gélule dans un contenant de dissolution unique afin de séparer le contenu en deux parts égales.

Steeve explique pour sa part que lors d'une consommation de cocaïne avec quatre autres personnes, il vidait le contenu de plusieurs sachets de cocaïne, d'un quart de gramme chacun, dans un contenant de dissolution, qu'il ajoutait de l'eau pour diluer la poudre et qu'il aspirait la solution avec des seringues différentes, ce qui semble exclure une mesure précise de la quantité de solution présente dans chacune des seringues. Il réutilisait ensuite le même contenant de dissolution pour les injections suivantes, selon un procédé analogue. Gaétan expose une situation semblable lors d'un partage de cocaïne avec une amie, où ils ont mis la drogue dans un contenant de dissolution, ajouté l'eau et aspiré avec deux seringues différentes, estimant qu'ils devaient pouvoir en retirer à peu près 0.8 millilitre chacun. Puisqu'il restait

finalement un peu de solution dans le contenant de dissolution, sa partenaire a essayé d'aspirer ce qui restait, de manière à peu près égale, entre les deux seringues. Il mentionne cependant qu'à d'autres occasions, il utilise l'échelle de gradation sur le barillet d'une seringue pour mesurer l'entièreté de la solution afin d'en expulser la moitié dans le contenant de dissolution pour que la personne avec qui il consomme puisse l'aspirer dans sa propre seringue. Francis a utilisé presque le même procédé, à ceci près que le matériel n'a pas été utilisé de la même façon. Lors d'un épisode de consommation de cocaïne avec partage de matériel, il a vidé deux quarts de gramme dans un contenant de dissolution afin de diluer la poudre avec de l'eau, il a filtré la solution ainsi obtenue avec un filtre unique en l'aspirant dans une seringue servant à mesurer le volume total de liquide. Il a ensuite pris deux seringues neuves, a retiré leurs pistons, et a expulsé la moitié de la solution directement dans le barillet de chacune de celles-ci, n'utilisant pas la seringue ayant servi à mesurer la solution pour l'injection :

En plus de ça la seringue que tu tires avec, quand tu utilises un stéricup (*contenant de dissolution*), tu plantes ça (*l'aiguille*) dans ce fameux filtre-là, des fois ça passe à travers le filtre et ça va toucher le métal. Pis la pointe de l'aiguille elle se retrouve abîmée. Moi j'utilise jamais une seringue que j'ai tiré avec. Je la retransfère tout le temps dans une neuve, parce que la pointe est abîmée pis tu le sens quand tu passes ton doigt dessus. Si tu voyais au microscope là, aussitôt que tu as touché le métal là, la pointe, pis quand tu te piques avec, ben ça pique moins ben, ça déchire, ça déchire au lieu de piquer. Tsé tu te maganes les veines. Fake tout bon junkie c'est ça.

(Francis - 45 ans et plus - Montréal)

Selon Francis, cette méthode de division de la drogue, en plus d'assurer un partage égal et d'éviter les veines abîmées, est plus commode et plus rapide. Alors que Laurent affirme que selon lui la forme de la drogue à partager ne change rien à propos du processus de partage fait à partir d'un même contenant de dissolution et en utilisant la même eau, « parce que si tu partages un cacheton ou de la poudre, tu vas vouloir partager à parts égales à tout prix », Christian et Robin reconnaissent que de disposer d'un comprimé conçu pour se séparer en



deux, de manière égale, éviterait dans leur cas de devoir partager le matériel de consommation afin de diviser la drogue sous forme liquide :

Je pense qu'il n'en aurait pas eu, point. Euh, ça aurait été clair là, parce que regarde, il y en a des pilules là... c'est pas des dilaudids©... ben oui c'est des dilaudids© ! C'est marqué PMS pis ils se séparent en deux, carrément. Une 1 jusqu'à une 8 tu peux séparer ça en deux, en tout cas c'était le cas voilà quelques années là. (...) Ben dans ma situation ça aurait réglé la question. (...) Il n'y en aurait pas eu, même pas d'approche de partage là. On aurait été assis euh... ou peut-être assis pis moi où je suis assis pis on aurait fait nos affaires

(Robin - 45 ans et plus - village d'Abitibi)

#### **4.2.3.2 Composition**

De tous les répondants qui se sont injectés de la cocaïne lors d'un épisode de consommation, Francis est le seul à aborder des aspects liés à la composition du produit qu'il s'injecte comme facteur pouvant être associé au partage de certains items du matériel d'injection. En effet, si certains répondants comme Larry et Gaétan affirment qu'ils seraient disposés à partager de la cocaïne sous forme sèche, à l'œil, dans l'éventualité où ils en auraient une grande quantité (*voir 4.2.3.1.1*), Francis exclut cette hypothèse à cause de la composition même de la cocaïne qu'il s'injecte. En effet, il affirme que le produit de coupe ajouté à la cocaïne qu'il achète n'est pas uniformément mélangé à celle-ci, et qu'il est par conséquent possible d'en mettre plus dans la part de son ou ses partenaires lors d'un partage sous forme sèche :

C'est pas rien que ça, c'est parce que chimiquement c'est pas... chimiquement là, t'es mieux de le mettre dans l'eau et de le mélanger, là tu vas avoir un partage égal. Sinon, si tu sépares la poudre là, tu risques... si lui le gars il est *smatte*, il va prendre des morceaux. Tu le vois les morceaux *flaky* qu'il y a plus de coke, ou qu'il y a plus de coupe, tu le vois à l'œil. (...) Parce que quand tu achètes un quart (*de gramme*), un sac, elle est en poudre et des fois il y a des petits morceaux de

roche dedans, ben là tu commenceras pas à séparer les petits morceaux de roche là !

(Francis - 45 ans et plus - Montréal)

En plus de privilégier la séparation de la cocaïne après l'avoir dissoute dans un contenant unique, quelle que soit la quantité de drogue en sa possession, Francis spécifie qu'il utilise à chaque fois un filtre pour filtrer la solution ainsi obtenue, car la cocaïne qu'il achète semble être mélangée à un produit de coupe qui obstrue le trou de l'aiguille de la seringue quand il l'aspire directement. Cette utilisation constante d'un filtre lors de la préparation des injections de cocaïne ajoute ainsi un item susceptible d'être partagé lors du partage de la substance. La nature de la composition des opioïdes médicamenteux est pour sa part rapportée par au moins deux participants pour justifier le partage du matériel d'injection auquel ils se sont adonnés. Hugo explique ainsi qu'à cause de la grande quantité d'eau nécessaire pour diluer une hydromorphe contin, chaque dissolution d'une gélule de microgranules équivaut à trois injections, ce qui multiplie les risques de partage lors de chaque épisode de consommation. De plus, les résidus qui restent imprégnés dans le contenant de dissolution ainsi que dans le filtre sont également réutilisés sous forme de *wash*, ce qui l'incite à partager une deuxième fois chacun de ces items. Gaétan, dont l'un des épisodes de consommation avec partage concernait justement l'injection d'hydromorphe contin, mentionne également que la présence d'un dépôt dans le contenant de dissolution l'entraîne à partager cet item de manière réceptive ou distributive :

Quand qu'on fait une *shot*, il reste tout le temps des billes (*microgranules*) dans le fond. Pis euh... des fois elle me donne... quand qu'elle fait son *hit* (*injection*)... quand elle en fait avec un autre crayon (*seringue*), elle prend tout le temps un autre crayon, c'est tout le temps le même *cup* mais elle prend un autre crayon, elle a fait deux *shots* pis après elle m'a donné son *cup*. (...) Pis des fois aussi c'est moi, je fais la mienne, deux, trois *shots*, quand je vois qu'elle n'est plus capable, elle en a plus, je lui donne mon *cup*.

(Gaétan - 45 ans et plus - Québec)

### **4.2.3.3 Types et durée des effets**

Parmi les substances dont les effets sont considérés par les participants comme favorisant les situations de partage du matériel de consommation, les stimulants occupent une place de choix. Christian affirme par exemple que lors d'un de ses épisodes de consommation avec partage, qui concernait des injections d'amphétamine, il était épuisé, car cela faisait trois jours qu'il ne dormait pas, ce qui l'a conduit à ne pas réfléchir lors de sa prise de risque. Steve, pour sa part, explique que puisque l'effet de la cocaïne se dissipe rapidement, il repense déjà à consommer 10 à 15 minutes après son injection, un phénomène confirmé par Francis, ce qui augmente le nombre des injections durant la période de consommation et les risques de partage qui en découle. Larry mentionne d'ailleurs que lors d'un de ses deux épisodes de partage de matériel, le nombre d'injection de cocaïne qu'il a faite, en plus de ses tentatives de tourner une partie de cette substance en *freebase*, a fait qu'il a perdu le contrôle de la drogue et du matériel.

#### **4.2.3.3.1 Intoxication**

La fréquence plus importante des injections de cocaïne s'ajoute du reste à un effet d'intoxication susceptible de favoriser les comportements erratiques. Ainsi, Steve parle de confusion quand il repense à l'un de ses épisodes de consommation lors duquel lui et son partenaire ont réutilisé et partagé du matériel d'injection, et même d'état psychotique. Le fait que chacun des items utilisés pour l'injection soit emballé individuellement, à l'exception du filtre et du tampon sec post-injection qui sont inclus dans le contenant de dissolution, et que les injections s'additionnent lors d'une période de consommation prolongée, il y a une accumulation d'emballage et de matériel usagé qui fait que l'environnement des consommateurs devient vite en désordre, ce qui ajoute à la confusion. Laurent abonde dans le même sens, lui qui a certainement utilisé un contenant de dissolution usagé dans un contexte où il y avait du matériel à profusion un peu partout et qu'il était déjà intoxiqué, ceci alors qu'il tente habituellement de garder son matériel sur le coin d'une table pour ne pas se tromper. Bien qu'il était intoxiqué notamment à la cocaïne et à l'héroïne, Laurent n'a aucun doute que la confusion était causée par la première substance, puisqu'avec la cocaïne, « y'a tout qui va

beaucoup plus vite, et puis des fois tu perds un peu le fil tellement ça va vite », alors qu'avec l'héroïne « c'est tout le contraire, tout va beaucoup plus lentement, donc t'es plus apte à savoir les choses un peu plus ». C'est d'ailleurs ce qui lui fait dire qu'il serait pertinent de pouvoir bénéficier de matériel identifié par des couleurs différentes afin de réduire les risques d'erreur quand on consomme à plusieurs. Fait intéressant, Marc considère quant à lui que les effets stimulants de la méthamphétamine le rendent nerveux et stressé, ce qui réduit les risques qu'il partage son matériel de consommation. Inversement, les effets anti-anxiété de la morphine, substance qu'il a consommée lors de son épisode avec partage de matériel, fait qu'il s'en « foutait » plus de prendre des risques, qu'il était moins sur ses gardes.

#### **4.2.3.3.2 *Craving***

Bien qu'Hugo ait mentionné avoir été en *craving* lors de l'épisode avec partage de matériel durant lequel il a consommé de l'hydromorphe continu et que Marc mentionne ressentir une urgence de ce type quand il se prépare à consommer de la morphine, Francis et Robin ont longuement expliqué à quel point le *craving* était associé selon eux à la consommation de cocaïne et à quel point il était associé à une prise de risque plus importante. Francis mentionne ainsi que lors de ses épisodes de consommation avec partage, qui concernait à chaque fois l'injection de cocaïne, il était hyperactif, anxieux, hyper nerveux, verbomoteur et que tout pressait.

Tout le temps, sur la coke moi ça presse tout le temps. Aussitôt que j'ai de l'argent dans les mains et que je vais en faire là, tout va pas assez vite. Ça répond pas assez vite, le dealer arrive pas assez vite, chu pas assez vite pour me rendre, et là il faut que je m'en revienne, chu pas assez vite, j'arrive, juste le fait d'enlever mes souliers c'est long estie ! Oh ouais, je viens fou de même.

(Francis - 45 ans et plus - Montréal)

Il mentionne d'ailleurs qu'il doit se donner une discipline pour aller chercher son matériel d'injection avant d'aller chercher sa cocaïne, car, si lors d'une consommation de morphine il va prendre le temps d'aller se chercher des seringues, une fois le quart de gramme de cocaïne

dans ses poches il va prendre son vieux matériel d'injection s'il n'en a pas du nouveau. Il se souvient ainsi par le passé avoir été tellement pressé de consommer qu'il a déjà pris de l'eau dans un trou d'eau, car il n'avait pas d'ampoule d'eau stérile sur lui, et il a de plus rencontré bon nombre de consommateurs de cocaïne dans le même genre de situation :

La coke c'est ça. Regarde le monde qui font de la *puff*, juste de la *puff*, c'est partage de pyrex (*pipe en verre borosilicate*). Parce que j'ai pas seulement partagé des seringues, j'ai partagé souvent des pyrex. « T'as-tu une pipe, t'as-tu une pipe, t'as-tu une pipe ! » Mettons que j'achète une roche (*de crack*) pis que j'ai pas de pipe, « t'as-tu une pipe, t'as-tu une pipe ! ». Pis là n'importe qui que tu connais même pas « passe-moi ta pipe ». Tu te la câlisse sur la bouche, pis la personne même si elle a les lèvres gercées tu t'en fou. Il y a des risques, il y a des risques. Pis c'est pas de l'injection, mais c'est de la coke, c'est une drogue qui est vite consommée, c'est un *high* vite pis ça redescend tout de suite, pis tu tombes sur le manque. (...) Parce que si tu as la consommation dans les poches, il y a une estie de chance que tu demandes au premier venu que tu vois « as-tu une seringue ? ». Pis même si elle est vieille, parce que... j'ai oublié de te dire, mais il y a ben du monde souvent dans ma vie qui m'ont demandé « as-tu une seringue ? ». Même si elle est neuve je m'en fou ils sont prêt à me l'acheter. J'ai déjà vu un gars vouloir m'acheter une seringue usagée 20\$, j'ai jamais voulu, j'avais l'hépatite dans ce temps-là. Je lui ai dit « j'ai l'hépatite », il m'a dit « m'en fou ! ». Rien que pour te dire comment ça pressait, le facteur pressé là, il veut le faire là ! Ici et maintenant de la coke.

(Francis - 45 ans et plus - Montréal)

Même si Robin ne consomme plus de cocaïne, car il n'aime pas l'effet de cette substance, il a toutefois souligné à quel point il y a une urgence, liée au *craving*, chez les personnes qui en consomment. Tout comme Francis, il s'est déjà fait demander ses seringues usagées par des personnes qui voulaient s'injecter immédiatement de la cocaïne, sans vouloir passer à la pharmacie pour prendre du matériel stérile, et a même constaté que des consommateurs

laissaient une certaine quantité de cocaïne sur la table tellement ils étaient pressés de s'injecter, « si ça aurait été plus vite le boire, ils l'auraient bu ».

#### 4.2.3.3.3 Sevrage

Les opiacés et les opioïdes sont pour leur part plutôt associés aux effets physiques qu'ils provoquent quand un consommateur régulier n'en a pas consommé depuis une certaine période. Cet état de sevrage est le principal facteur, affirme Gaétan, qui explique pourquoi il a partagé le contenant de dissolution lors de son épisode de consommation d'hydromorphone contin, pourquoi Christian a partagé le contenant de dissolution et l'eau lors d'un épisode de consommation de morphine, et finalement pourquoi Laurent a partagé une seringue lors d'un épisode de consommation d'héroïne.

J'avais mal, je voulais enlever mon mal là. (...) Malade, malade, j'étais malade un peu. (...) De sevrage oui. (...) Si j'avais pas rien oui, j'aurais pris un autre *cup*. J'aurais pris un *cup* quelque part et je l'aurais lavé.

(Gaétan - 45 ans et plus - Québec)

Euh... c'était... mais c'est justement, on était en sevrage les deux, fake c'est ça. On avait attendu quasiment toute la soirée, fake on était comme pas mal anxieux là. C'était vraiment... c'était le temps !

(Christian - 35-44 ans - Gatineau)

J'étais... euh... en manque en fait, j'étais allé le voir parce que j'avais pas d'argent et qu'il était tard, que j'avais pas réussi à avoir ma méthadone en fait. En fait une galère comme on dit. Euh... il était trop tard pour trouver de la dope. (...) Pis euh... comme j'avais pas de seringue, j'avais rien là, je lui ai demandé s'il avait des neuves (*seringues*), il n'en avait pas. Il m'en a donné une à lui... pis c'est ça, j'ai fait ce que j'avais à faire. (...) J'étais en sevrage là, j'étais en manque... en manque de substance là. (...) Je sais pas si j'en avais chez moi (*des seringues*), et est-ce que j'aurais pris le temps de prendre juste la dope et de retourner chez moi,

je pense pas non plus, si j'en avais eu à la maison tu vois ? C'était là, il fallait que je la prenne là, maintenant pis pas une heure après.

(Laurent - 35-44 ans - Montréal)

Bien qu'ils n'aient pas vécu d'état de sevrage lors des épisodes de consommation qui furent analysés dans le cadre de la présente recherche, Francis et Marc mentionnent à quel point ils sont incapables d'attendre quand ils sont dans cet état, notamment parce qu'ils deviennent malades, ce qui peut les inciter à consommer avec du matériel usagé. Robin a d'ailleurs profité du fait que c'est lui qui possédait l'hydromorphe contin lors de son épisode de consommation avec partage pour imposer à son partenaire de consommation de commencer par diviser la drogue en deux parts égales avant d'entreprendre les injections, car ce dernier était en sevrage et voulait s'injecter tout de suite et laisser les résidus du *wash* à Robin pour qu'il fasse sa propre injection en second.

### **4.3 Les raisons et contextes évoqués pour expliquer le non-partage du matériel d'injection**

#### **4.3.1 Les facteurs individuels**

##### **4.3.1.1 État psychologique et émotionnel**

###### **4.3.1.1.1 Intoxication initiale**

Selon Steeve, l'un des points qui différencient ses épisodes de consommation avec partage de matériel de son épisode sans partage est que dans ce deuxième cas, il n'était pas trop intoxiqué. En effet, bien qu'il eût consommé un peu de cocaïne et d'alcool préalablement, il était selon ses dires en contrôle de ses moyens avant de procéder à son injection de méthamphétamine. Quand il consomme cette substance, il mentionne d'ailleurs qu'il ne boit pas d'alcool, car il oublie ses bières et les laisse traîner. Laurent affirme pour sa part qu'il n'était pas intoxiqué lors de son épisode de consommation sans partage de matériel, qui

concernait de l'héroïne, un état qui aide à réduire les risques, mais qui ne constituerait dans son cas qu'un paramètre parmi d'autres à son avis. Enfin, Marc est le seul à affirmer que lors de son épisode de consommation sans partage, durant lequel il s'est injecté de la méthamphétamine avec un client dans une chambrette d'un sauna, il était déjà intoxiqué à cette substance, puisqu'il en avait inhalé préalablement.

#### **4.3.1.1.2 Anxiété et urgence**

Bien que Gaétan se souvienne avoir été anxieux et déprimé au moment de s'injecter de la cocaïne avec une amie, car il avait hâte de consommer et voulait fuir, Laurent, Christian et Hugo attestent pour leur part qu'ils étaient plutôt calmes lors de leur épisode d'injection sans partage. Laurent avait suffisamment de matériel pour tout le monde, se sentait en sécurité de consommer son héroïne chez lui et n'était pas « pris par l'urgence de la consommation ». Christian, pour sa part, remarque que contrairement à ses deux épisodes de consommation avec partage de matériel, il était tranquille, relax, moins pressé et moins anxieux, car lui et son partenaire avaient chacun de la morphine et ils n'étaient pas en état de sevrage. Cette absence d'urgence est d'ailleurs selon lui le principal facteur qui expliquerait pourquoi il y a eu partage d'un côté et pas de l'autre, puisqu'il avait également consommé de la morphine lors d'un de ses épisodes de consommation avec partage de matériel, mais dans un contexte de sevrage marqué par l'urgence de consommer (*voir 4.2.3.3.3*). D'une manière analogue, Hugo affirme que l'épisode de consommation d'hydromorphone continu lors duquel aucun matériel ne fut partagé coïncide avec le début de son programme de méthadone, un produit de substitution aux opiacés/opioïde. Après avoir débuté ce programme, il affirme qu'il était « beaucoup moins fragile à partager », notamment parce qu'il n'y avait plus de sentiment d'urgence lié à l'apparition des symptômes de sevrage.

#### **4.3.1.2 Expérience et capacité à s'injecter**

Pour Larry, le niveau d'expérience en injection de drogue des personnes avec qui il a consommé est l'un des facteurs qui semblent les plus associés au fait qu'il y ait eu ou non partage de matériel lors des divers épisodes qu'il a relatés. Ayant consommé de l'héroïne avec



une personne plus expérimentée que lui, il constate qu'ils sont automatiquement « tombés » dans leurs affaires, consommant simultanément chacun de leur côté en ayant le contrôle sur la préparation de leur injection ainsi que sur l'injection. Steeve remarque pour sa part qu'alors qu'il consomme de la méthamphétamine avec une personne expérimentée avec qui il a l'habitude de consommer, cette dernière a développé l'habitude de tout nettoyer en arrière de lui, ce qui les oblige à reprendre du matériel neuf s'ils veulent se réinjecter. De tous les participants interrogés, Marc est le seul à avoir procédé à l'injection de son partenaire de consommation lors d'un épisode de consommation sans partage, puisque ce dernier n'est pas capable de s'injecter à cause d'un manque de veines apparentes et qu'il n'est pas non plus habitué de le faire. Ce manque d'expérience expliquerait selon Marc pourquoi chacun a utilisé son propre matériel d'injection, car selon lui, « quand t'es pas habitué tu partages pas ».

### **4.3.2 Les facteurs socio-environnementaux**

#### **4.3.2.1 Planification**

Un participant affirme que la substance qu'il s'est injectée lors de son épisode de consommation sans partage de matériel, à savoir de la méthamphétamine, est associée à un contexte qui doit se prévoir à l'avance. En effet, Steeve explique que contrairement au quart de gramme de cocaïne qu'il peut se « *caller* » sur le coin d'une rue, quel que soit le contexte dans lequel il se trouve, la consommation de méthamphétamine implique une préméditation plus grande, car il doit préalablement *chatter* sur internet pour se trouver un gars « *trippant* », ils doivent ensuite parler d'injection et du fait que Steeve a le VIH. Ainsi, tout est plus préparé à l'avance, ce qui permet d'être mieux outillé quand arrive le moment de consommer. De plus, puisque l'effet de la méthamphétamine dure de nombreuses heures (*voir 4.3.3.3*), Steeve ne peut pas faire comme avec la cocaïne et faire quelques quarts de gramme un lundi soir même s'il travaille le lendemain, car il serait encore « gelé jusqu'à 8 heure du matin ».

#### 4.3.2.1.1 Quantité de matériel

Trois participants mettent l'accent sur le fait qu'ils possédaient une quantité suffisante de matériel lors de leur épisode de consommation sans partage de matériel. Larry avait avec lui une grande quantité de matériel dans son sac quand il est allé consommer de l'héroïne chez un ami. Hugo avait une boîte de chaque item dans son appartement, là où il a consommé de l'hydromorphe avec son colocataire. Pour sa part, Gaétan a pris l'habitude d'aller chercher une demi-boîte ou une boîte complète de 100 seringues en prévision de ses injections de cocaïne, à l'image de ce qu'il a fait lors de son épisode sans partage, ce qui lui évite de devoir faire trois ou quatre voyages entre l'endroit où il consomme et le centre d'accès au matériel d'injection le plus proche.

#### 4.3.2.2 Lieux de l'injection

Tel que spécifié précédemment au sujet d'Hugo, son épisode de consommation sans partage se déroule dans son appartement, un lieu qu'il peut préparer en conséquence, notamment en ce qui a trait à l'entreposage de matériel :

Fake je m'arrangeais tout le temps pour avoir une boîte de chaque affaire tsé, à l'endroit où on habitait, à l'appartement. Fake on n'en manquait pas tsé. (...) Je mettais vraiment cela au clair, moi je voulais pas, je voulais pas partager là tsé, pis, en tout cas, je m'étais vraiment préparé, pis c'était surtout que vu que j'habitais proche (*d'un centre d'accès au matériel d'injection*), je m'arrangeais toujours pour être correct tsé.

(Hugo - 18-24 ans - Québec)

Laurent pour sa part aime se retirer seul dans une pièce quand il s'injecte de l'héroïne, à l'image de ce qu'il a fait chez lui lors de son épisode de consommation sans partage. Il évite ainsi, bien que ce ne soit pas le but recherché, de partager son matériel avec quelqu'un d'autre et prend même la peine de disposer du matériel usagé immédiatement après l'injection.

C'est vrai qu'être dans un endroit où on se sent en sécurité c'est super important aussi. Moi j'évite au maximum de m'injecter des drogues à l'extérieur tu vois. Dans un endroit euh... dans une ruelle et tout ça... je suis plus capable, j'y arrive plus quoi, je stress de trop, je me magane partout. Psychologiquement c'est l'enfer ! Parce que moi j'ai la chance d'avoir le choix.

(Laurent - 35-44 ans - Montréal)

Il mentionne que cette façon de s'isoler pour consommer de l'héroïne est possible même quand il n'est pas chez lui, car dans le pire des cas il peut toujours aller à la salle de bain pour procéder à son injection.

#### **4.3.2.3 Type de partenaire(s)**

Le type de relation que certains participants avaient, par rapport à la personne avec qui ils ont consommé des drogues sans partager le matériel de consommation, était souvent caractérisé par un degré moindre d'intimité. En effet, Marc indique que contrairement à ses amis avec qui il avait partagé un garrot lors d'une consommation de cocaïne et de morphine, l'épisode sans partage concernait une consommation avec un client qui était vieux, laid, et avec qui il fallait qu'il couche pour avoir accès à la méthamphétamine. En plus d'avoir plus de respect pour ses amis et de se sentir plus proche d'eux comparativement au client, Marc affirme qu'il ne connaissait pas ce dernier, qu'il avait peut-être le sida et que le fait de partager une seringue est selon lui un acte plus personnel que de coucher avec quelqu'un. Larry remarque aussi que son épisode de consommation d'héroïne sans partage se déroule avec une personne qui est plus une connaissance qu'un ami, ou à tout le moins une personne avec qui il a une relation plus éloignée. Ce manque de proximité aurait ainsi pu créer une barrière qui l'aurait poussé à envisager la consommation selon un mode « mes affaires tes affaires ». Fait notable, Steve a pourtant consommé avec un ami qui était aussi son amant lors de son épisode d'injection sans partage de matériel, ce qui indique que cette plus grande proximité avec cette personne, comparativement aux autres personnes avec qui il a partagé du matériel lors des autres épisodes de consommation, ne l'a pas conduit à prendre plus de risque.

#### **4.3.2.4 Disponibilité de la substance**

Pour poursuivre avec Steeve, il remarque que la cocaïne, substance consommée lors de ses deux épisodes avec partage de matériel, peut être livrée chez lui jusqu'à 23h00, n'importe quel jour de la semaine, grâce à son vendeur habituel, alors que ce n'est pas le cas avec la méthamphétamine. Tel que spécifié précédemment, la consommation de cette substance l'oblige à prévoir plus en détail ses épisodes d'injection (*voir 4.3.2.1*), et il doit notamment se déplacer dans un quartier voisin pour aller chercher cette drogue lui-même. Cette accessibilité moindre le rendrait ainsi moins à risque comparativement à la consommation de cocaïne.

#### **4.3.3 Les facteurs liés à la substance**

##### **4.3.3.1 Dimension économique**

###### **4.3.3.1.1 Quantité**

Trois répondants affirment que l'un des facteurs pouvant expliquer pourquoi ils n'ont pas partagé leur matériel d'injection, lors d'un de leurs épisodes de consommation, est la quantité suffisante de drogue en leur possession. Christian mentionne ainsi que lui et son partenaire de consommation possède chacun une quantité suffisante de morphine pour leur injection respective, Hugo avait acheté une grande quantité d'hydromorphone avec son colocataire afin d'avoir un meilleur prix et ils purent ainsi se partager les comprimés avant d'aller consommer chacun de leur côté, et Gaétan et sa partenaire avait en leur possession quasiment un gramme de cocaïne chacun, ce qui fait qu'il diluait leur part dans leur contenant de dissolution respectif. Même si Gaétan et son amie se font des *wash* à partir des dépôts de cocaïne qui restent imprégnés dans le fond des contenants de dissolution qu'ils ont préalablement utilisés, la quantité d'injection qu'ils avaient faite leur permettait de ne réutiliser que leur propre contenant à eux, sans avoir à les partager avec l'autre personne.

### 4.3.3.2 Composition

Si Steeve réutilise fréquemment le même contenant de dissolution quand il prépare des injections de cocaïne, il affirme que la dissolution de la méthamphétamine laisse dans le contenant « comme un petit dépôt bizarre, tu veux pas réutiliser le *cup* du *crystal meth*<sup>14</sup>, c'est dégueulasse ! ». Ceci l'incite donc à jeter le contenant déjà utilisé et à en reprendre un neuf pour l'injection suivante, ce qui diminue d'autant les risques de partage de cet item.

### 4.3.3.3 Types et durée des effets

À l'inverse de ce qui est affirmé dans la section portant sur les raisons expliquant le partage du matériel d'injection, où l'effet des stimulants était fréquemment évoqué (*voir 4.2.3.3*), nous retrouvons ici des témoignages portant sur les effets des opiacés. Bien que n'ayant pas connu d'épisode de consommation sans partage lors de la consommation de telles substances, Francis et Robin soulignent comment la consommation d'opiacés offre un effet qui dure dans le temps, ce qui réduit la consommation compulsive et répétée sur une courte période. Le premier explique ainsi que l'effet de la morphine dure des heures et qu'il est par conséquent plus facile de gérer ses besoins en matériel d'injection, quitte à aller en chercher dans un centre d'accès qui en distribue, car le temps avant de tomber en sevrage est assez long. Un fait qui est confirmé par Robin, qui explique qu'il y a une urgence chez les consommateurs de cocaïne qu'on ne retrouve pas chez les consommateurs de morphine, ajoutant même qu'une fois « assis avec tes opiacés », le consommateur en manque devient déjà, avant même de les consommer, beaucoup moins malade. Au niveau des stimulants, Steeve fait un parallèle semblable entre la cocaïne et la méthamphétamine, la deuxième substance lui permettant de réduire les risques liés à l'injection, car la fréquence d'injection qui y est liée est beaucoup moindre, soit environ deux injections au total lors d'un événement de consommation :

---

<sup>14</sup> Méthamphétamine se présentant sous formes de cristaux translucides.

Tsé un *shot* de *crystal meth* là... t'en as pour une couple d'heures. Même si ça fait longtemps tsé, un bon *shot* tu vas en avoir... tsé un bon *rush*<sup>15</sup> pis toute... tsé j'veux dire tu penses pas à re-consommer quinze minutes après ton *hit*, comme la coke. La coke il va y avoir plusieurs injections dans un *trip*. Tandis qu'un *trip* de *crystal meth* tu peux être deux et il va y avoir quatre injections en tout, tsé t'as juste deux injections (*par personne*). La première pour le *trip* et la deuxième pour le *rush*, parce que tu *rush*, tu dis « oh, on va en faire un autre », fake t'en fais un autre. C'est un peu inutile parce que t'es tellement gelé. Mais la coke c'est pas comme ça, c'est dix minutes tsé.

(Steeve - 25-34 ans - Montréal)

#### 4.3.3.1 Intoxication

Pour Laurent, à moins d'être en sevrage, la consommation d'héroïne lui permet de rester apte pour « savoir les choses un peu plus » puisque tout va un peu moins vite selon ses perceptions. Francis affirme sensiblement la même chose quand il fait référence aux moments où il consomme des opiacés :

L'héroïne, pis la morphine, c'est un autre *beat*, c'est un *beat slow*, t'es plus *smooth*. (...) Tu peux plus prévoir ton affaire, à moins d'être sur le manque, à moins d'être en sevrage (...) T'es moins sur le stress, t'es plus terre à terre. On le prépare bien, on le fait bien.

(Francis - 45 ans et plus - Montréal)

Larry était d'ailleurs lui-même intoxiqué à l'héroïne lors de son épisode de consommation sans partage de matériel, s'étant fait des injections de grosses quantités de drogue afin de ressentir les effets de la substance même s'il était sur la méthadone. Il mentionne ainsi qu'il

---

<sup>15</sup> Dans le contexte de l'injection de drogues, le *rush* désigne l'effet immédiat qui accompagne l'injection, que l'on pourrait comparer à un effet orgasmique, et qui dure habituellement quelques secondes.

était « vraiment gelé » et que cela ne l'a pas empêché de prendre des dispositions afin de ne pas partager le matériel d'injection durant l'entièreté de sa période de consommation. Marc, pour sa part, affirme que son intoxication à la méthamphétamine, puisqu'il en avait fumé une certaine quantité avant de se préparer à l'injection, pourrait contribuer à expliquer pourquoi il n'y a pas eu de partage de matériel lors de son épisode de consommation, car cette drogue le rend nerveux et stressé, et il est ainsi plus sur ses gardes.

## **Chapitre 5 : Discussion**

### **5.1- La nature multicausale du partage du matériel d'injection**

La reconstitution des diverses composantes des épisodes d'injection de drogues, avec ou sans partage du matériel de consommation, nous a permis en premier lieu de constater à quel point les facteurs qui les influencent sont multiples. Ainsi, sur les seize épisodes de consommation avec partage du matériel analysés, seulement quatre sont considérés par les participants concernés comme relevant principalement d'un facteur singulier, alors que sur les sept épisodes sans partage du matériel qui répondent aux critères d'admissibilité de la recherche, un seul est considéré de même nature. Cette constatation rejoint les conclusions d'une étude portant sur le partage du matériel d'injection chez les jeunes UDI de Montréal, pour qui les situations qui à elles seules amènent à adopter des comportements d'injection non sécuritaires sont peu nombreuses puisque « les contextes de vulnérabilité semblent se constituer plutôt au carrefour de plusieurs facteurs d'ordre individuel et social » [1]. Cependant, si ces facteurs liés au partage du matériel d'injection sont souvent multiples, ils ne semblent pas du tout aléatoires et il est possible de constater que les substances injectées ont bien souvent une influence déterminante sur ceux-ci.

### **5.2 Les effets d'interaction découlant des substances injectées**

Si certaines substances dans cette étude semblent avoir une influence plus marquée sur les comportements liés au partage du matériel d'injection, notamment la cocaïne et les opioïdes médicamenteux, et que d'autres semblent au contraire contribuer à des comportements de consommation plus sécuritaire, comme la méthamphétamine et l'héroïne, chacune des substances consommées par les différents participants a une incidence sur leurs comportements de consommation. En effet, il est possible de constater que la composition chimique et la composition physique de la substance qui est injectée, ainsi que les dimensions



économiques et les normes en vigueur portant sur les drogues, ont un effet d'interaction sur les facteurs de risque individuels et socio-environnementaux liés au partage du matériel d'injection. D'un côté, les effets physiologiques d'une drogue, due à sa composition chimique, et certains aspects liés à sa préparation pour l'injection, due à sa composition physique, semblent constituer des éléments spécifiques aux diverses substances. D'un autre côté, les aspects liés à la manière d'accéder à une drogue, due aux dimensions économiques, au rituel de sa préparation et de sa consommation, due aux normes en vigueur, ainsi que certains aspects liés à sa préparation pour l'injection, due à sa composition physique, semblent constituer des éléments qui sont communs à l'ensemble des diverses substances.

**TABLEAU III : Types d'influences sur le partage suscitées par les substances**

Substance	Influences spécifiques		Influences communes
	Composition chimique	Composition physique	Dimension économiques
<b>Cocaïne</b>	- <i>Craving</i> /urgence (5) - Intoxication/confusion (2) - Intoxication/sentiment d'invincibilité - Demi-vie/multiplication des injections) (2)	- Substance et produits de coupe mélangés de manière non uniforme	- Partage de la substance (3) - Ne possède pas la substance - Rétribuer un intermédiaire
<b>Amphétamine</b>	- Demi-vie/épuisement		
<b>Héroïne</b>	- Sevrage		
<b>OM*</b>	- Sevrage		- Partage de la substance
<b>Morphine</b>			- Faible quantité
<b>OM*</b>	- <i>Craving</i> /urgence	- <i>Wash</i> (2)	- Partage de la substance (2)
<b>Hydromorphe</b>	- Sevrage	- Dissolution/multiplication des injections	- Possède la substance
<b>Cocaïne - Héroïne</b>	- Intoxication/confusion ( <i>Cocaïne</i> )		
<b>Cocaïne - OM*</b>	- Intoxication/effets anti-anxiété ( <i>morphine</i> )		
<b>Morphine</b>			

**TABLEAU IV : Types d'influences sur le non-partage suscitées par les substances**

Substance	Influences spécifiques		Influences communes
	Composition chimique	Composition physique	Dimension économiques
<b>Cocaïne</b>			- Grande quantité
<b>Méthamphétamine</b>	- Demi-vie/faible fréquence d'injection (2)	- Dépôt rebutant laissé par la substance dans le matériel	
<b>Héroïne</b>	- Demi-vie/faible fréquence d'injection (2)		
<b>OM* Morphine</b>			- Chacun possède de la substance - Grande quantité
<b>OM* Hydromorphone</b>	- Sur méthadone/aucune urgence		- Chacun possède de la substance - Grande quantité

Enfin, certains éléments liés à une même substance semblent avoir le potentiel non seulement de s'additionner entre eux, mais également de s'amplifier mutuellement, accentuant ou atténuant ainsi l'effet de risque de certains facteurs sur le comportement du partage du matériel d'injection.

### 5.3 Les influences communes à l'ensemble des substances

Certains facteurs de risque liés au comportement du partage, qui sont occasionnés par la drogue injectée, sont communs à la plupart des substances analysées, d'une manière que l'on pourrait qualifier de non distinctive. Relevant principalement du domaine économique, ce qui confirme l'impact du marché local de la drogue sur les pratiques d'utilisation de celles-ci [2, 3], ces facteurs concernent particulièrement la question de la centralisation du processus de préparation des injections, avec tous les risques qui en découlent.

### 5.3.1 Disponibilité, prix et quantité

Il apparaît tout d'abord que la disponibilité d'une substance, que l'on pourrait définir par les efforts qu'un usager doit consentir afin de l'obtenir [4], est susceptible d'être à la fois un facteur de risque et un facteur de protection par rapport au comportement du partage du matériel d'injection. Tout d'abord, une faible disponibilité peut contraindre le consommateur qui n'a pas accès à un bon « contact » à recourir aux services d'un intermédiaire pour accéder à la substance. Cet intermédiaire est alors en droit d'exiger une rétribution qui est fréquemment remise sous forme de drogue, celle-ci ayant souvent été dissoute préalablement à l'aide d'un matériel de préparation unique afin d'en faciliter la consommation immédiate [5]. De plus, même quand une personne est en mesure d'acquérir par elle-même une substance considérée comme moins disponible, on constate qu'elle souhaite parfois garder le contrôle sur celle-ci, ce qui peut la persuader de centraliser le processus de division des parts à consommer ainsi que la préparation des injections. À l'inverse, la disponibilité plus importante d'une drogue peut également comporter un risque au niveau du partage du matériel de consommation, car l'accès facilité à une substance, quel que soit le contexte dans lequel le consommateur se trouve, diminue l'exigence d'une planification efficiente. La moindre nécessité de planifier ses épisodes de consommation peut ainsi favoriser des lacunes au niveau de l'approvisionnement suffisant en matériel de consommation au moment opportun [6, 7].

Contrairement à ce qui est avancé dans les conclusions de certaines études, où l'on affirme que lorsque le prix d'une drogue diminue, les effets néfastes sur la santé des personnes qui en consomment augmentent [8], il semble qu'en ce qui concerne le risque de partager le matériel de consommation, celui-ci peut au contraire être susceptible de diminuer. En effet, quand une personne est en mesure de disposer elle-même des ressources financières nécessaires à l'achat du produit qu'elle s'injecte, en quantité suffisante, il n'est plus nécessaire de devoir mobiliser un autre usager pour acheter la drogue en commun, ce qui réduit d'autant les risques de partage du matériel de consommation (*voir 5.3.2*).

Enfin, concernant la quantité de drogue qui est en possession des personnes qui consomment, il semble que quand celle-ci est moins importante, les consommateurs s'efforcent de diviser la

substance en parts égales avec plus de précautions, ce qui est d'ailleurs confirmé dans la littérature [9, 10]. Cette précaution conduit bien souvent à un processus de dissolution unique de l'ensemble de la drogue qui sera consommée à l'aide du même matériel afin de s'assurer d'une meilleure précision dans le partage (*voir 5.3.2*). En contrepartie, une plus grande quantité de drogue favorise la préparation et la consommation en parallèle de la drogue par les usagers présents, chacun procédant de leur côté, ou bien augmente les probabilités que la personne qui est seule à posséder la substance consente à donner une part de la drogue sous forme sèche, en procédant à une simple estimation visuelle de la quantité donnée.

### **5.3.2 Possession, achat en commun et partage de la drogue**

Corroborant les conclusions d'une étude portant sur les risques liés à l'injection de drogue, qui mentionne que des normes et des règles déterminent quelle personne est susceptible de préparer la drogue qui sera partagée entre plusieurs consommateurs [11], notre étude fait ressortir l'importance du facteur lié à la possession de la drogue sur ces normes et règles. Ainsi, tel que mentionné précédemment, il semble que la personne qui fournit la drogue peut partager celle-ci selon le mode de son choix, ce qui inclut un partage « à l'œil » de la substance sous forme sèche et réduit ainsi les risques de partage du matériel. Dans d'autres contextes, la personne qui n'en possède pas peut être incitée à préparer les injections, selon l'idée que l'un fournit la drogue et l'autre la main-d'œuvre, ce qui centralise le processus de préparation et conduit ainsi à un plus grand risque de partage du matériel.

L'achat conjoint par plusieurs personnes d'une substance, qui répond dans notre étude à des impératifs déjà abordés dans la littérature, tels que la capacité à accéder à un produit coûteux plus rapidement et facilement [12] ou à procéder à une économie d'échelle en achetant une plus grande quantité à un meilleur prix [13-15], peut également conduire à un partage de la drogue qui est susceptible de comporter des risques.

Le partage de la drogue en parts égales est d'ailleurs le facteur qui est le plus souvent évoqué pour justifier le partage du matériel de consommation dans notre étude. En effet, un contenant de dissolution unique sert fréquemment à dissoudre l'ensemble de la drogue qui sera

consommée, ceci à l'aide d'une ampoule d'eau unique et, dans une moindre mesure, en utilisant un seul filtre pour filtrer la solution et en mesurant la quantité de celle-ci à l'aide de l'échelle de gradation d'une même seringue [15-18]. Le risque intervient quand l'un des items précédemment mentionnés a déjà été contaminé lors d'une utilisation antérieure, car il est alors susceptible de contaminer tous les autres items avec lesquels il entrera en contact [9, 15, 18, 19]. Cette façon de faire est jugée plus précise, car elle répartit de manière uniforme la substance dans une solution liquide facilement mesurable, ce qui diminue la possibilité qu'une des personnes présentes falsifie le partage équitable et réduit les probabilités de conflits liés à la « paranoïa » de la consommation. Cette méthode est également plus rapide, puisque quand quelqu'un s'acquitte seul de la préparation des injections, il n'a pas besoin de répéter les mêmes étapes plus d'une fois, ce qui simplifie la manipulation des divers items requis en plus de réduire les risques de perte de substance attribuable à sa répartition dans des contenants de dissolution distincts. Il est cependant possible de constater chez certains participants que ce type de partage exclut toute mesure précise des quantités imparties à chacun des consommateurs, comme s'il relèverait plutôt de l'habitude et de la routine. Ceci laisse donc supposer que ce type de partage correspondrait non seulement à un impératif lié à des circonstances précises, mais découlerait également du domaine des règles rituelles et normatives [9] que les personnes UDI intérioriseraient durant leur « carrière » de consommateur par injection [4]. Le seul élément qui puisse réduire significativement la séparation de la substance post-dissolution est la subdivision préalable du produit, que ce soit sous la forme de comprimés ou de gélules distinctes ayant une teneur en ingrédients actifs équivalente, de comprimés conçus pour se séparer aisément en parts égales ou de sachets multiples de même quantité.

#### **5.4 Les influences spécifiques aux diverses substances**

D'autres facteurs de risque liés au partage du matériel d'injection, qui relèvent des drogues injectées, semblent pour leur part découler de caractéristiques propres à certaines substances ou catégories de substances.

## **5.4.1 Les stimulants**

### **5.4.1.1 Cocaïne**

La cocaïne est de loin la substance qui fut le plus souvent injectée lors des épisodes de consommation avec partage du matériel d'injection, et ce par rapport à ce que l'on peut observer au sujet des épisodes sans partage. Allant dans le sens des études qui affirment que la consommation de cette substance est associée à des comportements à risque, notamment le partage du matériel d'injection (*voir 1.3.1.1*), nous constatons que l'association entre ce comportement spécifique et la cocaïne relève principalement de sa composition chimique.

#### **5.4.1.1.1 Composition chimique**

##### **5.4.1.1.1.1 Le *craving***

L'envie irrésistible de consommer que représente le *craving* place tout d'abord la personne qui consomme de la cocaïne dans une situation d'urgence où elle est tentée de réduire au maximum les étapes et les délais qui précèdent son injection. Confirmant ce qui est avancé dans la littérature, l'adoption de comportements à risque est alors courante [20] puisque tout semble subordonné à cette absorption de cocaïne [4, 21]. Nous remarquons d'ailleurs deux faits intéressants liés à l'injection de cette substance, à savoir qu'il y a une diminution de la discrimination faite par certains participants au sujet du type de matériel qui est partagé ainsi que par rapport au type de personne avec qui ce partage est fait. En effet, trois des quatre épisodes impliquant un partage direct d'une seringue résultaient d'une consommation de cocaïne, bien qu'un nombre important de personnes UDI portent un jugement très sévère vis-à-vis cette pratique en particulier [1]. Ce type de partage serait une conséquence directe de l'état de *craving* selon une étude canadienne [22], état qui pourrait également expliquer pourquoi un participant avouait avoir déjà dissout sa cocaïne à partir de l'eau stagnante d'un trou d'eau par empressement de consommer. Si le garrot est sans doute l'item dont le partage est le plus banalisé par les participants, les cinq épisodes où il est partagé impliquent à chaque fois une consommation de cocaïne, ce qui laisse à penser qu'un état de *craving* pourrait

également contribuer à expliquer pourquoi aucun participant n'a envisagé d'en confectionner un à partir de n'importe quel objet à leur portée. Enfin, si des données suggèrent que les comportements à risque au niveau de l'injection varient selon le type de partenaire avec qui une personne s'injecte [23], notamment quand il est question du partage direct d'une seringue qui est habituellement réservé aux personnes intimes [24, 25], les deux épisodes de ce type qui impliquaient une personne moins connue concernaient encore une fois la cocaïne.

#### **5.4.1.1.1.2 La courte demi-vie**

La cocaïne est caractérisée par la courte durée de ces effets [26], qui durent tout au plus de 15 à 20 minutes, après lesquels la personne ressent le besoin pressant d'en consommer à nouveau [4, 14]. Cette courte demi-vie de la substance encourage ainsi une plus grande fréquence d'utilisation [27-30]. Nous constatons dans cette étude à quel point cette fréquence d'injection liée à la cocaïne occasionne une pression importante sur l'acquisition de matériel d'injection stérile en quantité suffisante, bien que les répondants aient tous accès à des points de distribution reconnus. Ainsi, six des huit épisodes de consommation au sein desquels un manque de matériel est évoqué impliquent justement la consommation de cocaïne, et tous les items utilisés pour l'injection sont concernés. Cette observation est d'ailleurs largement confirmée par la littérature [31-33].

#### **5.4.1.1.1.3 La confusion liée à l'intoxication**

En analysant de plus près l'ensemble des épisodes durant lesquels un partage de matériel a eu lieu, il est possible de constater que lors de cinq d'entre eux, le participant impliqué affirmait avoir été intoxiqué. Bien que cette intoxication ne soit pas toujours considérée par les individus impliqués comme étant le facteur pouvant expliquer leur comportement de partage, il est tout de même intéressant de constater que la cocaïne est chaque fois partie prenante de ces épisodes. La littérature mentionne d'ailleurs que les effets de l'intoxication à la cocaïne incluent une plus grande impulsivité, une diminution de l'attention et de la vigilance, une désorganisation et l'altération du jugement [34-37]. Des participants parlent quant à eux de confusion, d'une perception d'accélération à propos de ce qui se passe autour d'eux, d'avoir

l'impression de perdre le fil et même d'état psychotique. Ainsi, cet état général de confusion semble propice au partage involontaire du matériel d'injection, en ce sens que l'accumulation du matériel d'injection utilisé par les diverses personnes présentes lors d'un épisode de consommation de cocaïne peut aisément confondre un consommateur par ailleurs bien intentionné.

#### **5.4.1.1.2 Composition physique**

Contrairement à certaines études qui stipulent que la propriété qu'a la cocaïne de se dissoudre facilement dans l'eau nécessite moins de préparation et moins d'items lors de son injection [4, 38], ce qui réduit d'autant les risques de partage du matériel de consommation, notre étude ne pointe pas en ce sens. Tous les participants qui se sont injectés de la cocaïne ont utilisé un contenant de dissolution, et l'un d'eux a même insisté sur le fait qu'il doit impérativement utiliser un filtre lors de chaque préparation puisque la composition de la cocaïne qu'il achète est susceptible d'obstruer la seringue.

#### **5.4.1.1.3 La cumulation des facteurs de risque**

S'il est possible de conclure que la composition chimique de la cocaïne est susceptible d'engendrer des risques à plusieurs niveaux, il semble que ces risques soient cumulables et s'amplifient mutuellement. Par exemple, la grande fréquence des injections est susceptible de représenter un bien plus grand risque sur le partage du matériel quand elle a cours dans un contexte d'urgence ou de confusion, cette confusion et cette urgence sont également amplifiées l'une par l'autre, et chacune de celles-ci est aggravée par la répétition des gestes. Ainsi, les quatre épisodes de partage considérés par les participants comme s'expliquant par l'inexpérience des autres consommateurs présents impliquent à chaque fois la cocaïne et son défini par l'urgence, la confusion et la perte de contrôle sur le matériel, autant de qualificatifs qui définissent l'injection de cocaïne en groupe selon une étude anglaise [39]. La littérature démontre d'ailleurs que la consommation de cocaïne implique un nombre plus important d'injections lors de l'initiation [40], nécessite une aide à l'injection plus fréquente à cause des mains qui tremblent [1] et que l'achat, la préparation et l'injection d'un stimulant sont plus



susceptibles de se faire en groupe [41]. Cette affirmation semble corroborée par la présente étude puisque la totalité des cinq épisodes de partage du matériel qui se déroulent en présence de plus de deux personnes implique une consommation de cocaïne.

#### **5.4.1.2 Méthamphétamine**

Notre étude diffère de ce que l'on peut observer dans la littérature, où la méthamphétamine est considérée comme une drogue suscitant des comportements d'injection à risque fréquents [42] et par rapport à laquelle les consommateurs sont moins bien préparés en termes de provision de matériel stérile [43]. Outre le faible nombre d'épisodes analysés, c'est-à-dire seulement deux, ceux-ci semblent avoir eu lieu dans des contextes reconnus pour atténuer les risques liés à l'injection. Mentionnons notamment la présence d'un partenaire expérimenté ou d'un partenaire étranger envers qui le partage est plus facilement discriminé, un moment de moindre intoxication ou encore un contexte de plus grande planification. Ainsi, les deux épisodes qui impliquent la consommation de cette substance se sont déroulés sans partage du matériel d'injection.

##### **5.4.1.2.1 Composition chimique**

###### **5.4.1.2.1.1 L'intoxication**

Si l'intoxication à la méthamphétamine est reconnue pour diminuer fortement toutes formes d'inhibition [44], ce qui est susceptible de favoriser les comportements d'injection à risque, le seul participant de la présente étude ayant rapporté avoir été intoxiqué à cette substance lors d'un épisode d'injection affirme au contraire que les effets ressentis le rendaient nerveux et stressé, ce qui aurait contribué à réduire ses prises de risque. Les effets induits par cette substance sont aussi reconnus pour augmenter substantiellement le désir sexuel des personnes qui en consomment, ce qui explique pourquoi la consommation de cette drogue est souvent associée à un contexte de sexualité [45]. Dans notre étude, les deux épisodes d'injection de méthamphétamine impliquent effectivement un tel contexte, soit une consommation avec un amant ainsi qu'une consommation avec un client dans le cadre du travail du sexe.

Ironiquement, bien que l'injection de drogue avec un partenaire sexuel soit considérée dans la littérature comme un facteur de risque lié au partage du matériel de consommation (*voir 1.2.2*), les deux répondants estiment que c'est justement cette dimension de leur épisode respectif qui contribuerait à expliquer pourquoi il n'y a pas eu de partage. Dans un premier cas, l'un explique que son épisode de consommation inclut la nécessité de trouver un partenaire envers qui il est attiré, nécessite une discussion sur son état sérologique ainsi que sur le mode de consommation qu'il privilégie, à savoir l'injection, autant d'étapes qui nécessitent une plus grande planification de sa consommation. L'autre, pour sa part, mentionne que le fait d'avoir consommé avec un client âgé, qu'il ne connaissait pas et dont le statut sérologique lui était inconnu, l'a incité à ne rien partager au niveau du matériel d'injection.

#### **5.4.1.2.1.2 La longue demi-vie**

Les effets de la méthamphétamine sont mentionnés à deux reprises en tant que facteur pouvant expliquer pourquoi l'épisode de consommation d'un participant s'est déroulé sans partage du matériel d'injection. Tout d'abord, puisque l'effet d'intoxication dure de nombreuses heures, la consommation de cette substance implique un nombre restreint d'injections, dans ce cas-ci seulement deux durant l'entièreté de la période de consommation. Cette faible fréquence réduit donc les risques de partage ainsi que la nécessité de devoir compter sur une grande quantité de matériel de consommation. De plus, cette période prolongée d'intoxication semble obliger des personnes actives sur le marché du travail à attendre un moment propice pour ce type de consommation, ce qui favorise une plus grande prévision de l'épisode en tant que tel.

#### **5.4.1.2.2 Composition physique**

Concernant la composition physique de la substance, un répondant qui affirme par ailleurs utiliser souvent le même contenant de dissolution pour préparer plusieurs injections de cocaïne, spécifie que la dissolution de la méthamphétamine laisse dans le contenant un dépôt qu'il juge dégoûtant. Ce dépôt en question l'incite à utiliser un contenant de dissolution neuf

lors de chaque préparation subséquente, et l'on peut présumer que l'utilisation d'un filtre pour filtrer la solution répond au même impératif.

### **5.4.1.3 Amphétamine**

Un seul épisode impliquant une injection d'amphétamine est présenté dans cette étude, aussi est-il difficile de tirer des conclusions relatives à cette substance. Outre le fait que cette substance soit associée à une moindre consommation quotidienne et à une plus faible fréquence des injections [46], l'étude de l'amphétamine semble surtout incluse dans des travaux qui traitent plus largement des stimulants.

#### **5.4.1.3.1 Composition chimique**

Le seul participant ayant consommé cette substance, lors d'un épisode qui impliquait le partage du matériel d'injection, affirme qu'il n'avait pas dormi depuis trois jours, ce qui laisse à penser que les effets stimulants de la drogue ont joué un rôle central dans sa prise de risque. En effet, c'est à cause de l'épuisement ressenti qu'il aurait cherché à diminuer au maximum le temps nécessaire à la préparation de son injection et de celle de sa partenaire, sans réfléchir, afin de s'en débarrasser au plus vite.

## **5.4.2 Les dépresseurs**

### **5.4.2.1 Les opiacés et les opioïdes**

Certaines caractéristiques communes aux opiacés, substances dérivées de l'opium, et aux médicaments opioïdes, dérivés partiellement ou totalement de l'opium de manière synthétique, permettent d'aborder certains aspects relatifs à ces deux catégories de substances de manière conjointe.

### **5.4.2.1.1 Composition chimique**

#### **5.4.2.1.1.1 Les effets calmants de l'intoxication**

À l'image des effets calmants attribués à l'héroïne, qui entraîne moins de comportements erratiques de la part des personnes intoxiquées [47], des participants à cette étude précisent qu'après avoir consommé cette drogue, tout semble aller plus lentement et qu'il est ainsi plus facile de bien percevoir et de mieux prévoir ce qu'il y a dans leur environnement immédiat. Trois participants décrivent leur épisode de consommation sans partage de matériel en spécifiant qu'ils étaient alors calmes et tranquilles, ce qui impliquait de l'héroïne, de la morphine et de l'hydromorphone. Un autre affirmait avoir été très intoxiqué à l'héroïne lors du même type d'épisode, ce qui ne semble donc pas avoir influé sur sa prise de risque. Un seul participant mentionne que les effets anti-anxiété de ce type de substance sont susceptibles de le mettre à risque, car il est alors moins sur ses gardes et se fou un peu plus des conséquences liées à ses prises de risque. En dépit de ce dernier exemple, il semble qu'on puisse affirmer que l'intoxication aux substances opiacées et opioïdes permet aux sujets concernés de maintenir des pratiques d'injection plus sécuritaire comparativement à de nombreuses autres substances.

#### **5.4.2.1.1.2 Le sevrage**

D'après ce que l'on peut observer dans la littérature, l'état de sevrage qui apparaît chez les personnes dépendantes aux opiacés et aux opioïdes et les symptômes persistants qui l'accompagnent [4, 48] les incitent fréquemment à prendre des risques afin de les soulager [9]. Notre étude confirme ces conclusions, notamment en ce qui concerne le désir de diminuer au maximum le temps de préparation précédant l'injection [49, 50], quitte à s'adonner à un partage direct à partir d'une seringue usagée [12]. À l'image de ce qui est observé au sujet du *craving* de cocaïne (voir 5.4.1.1.1), l'urgence de s'injecter et une plus faible discrimination en regard du type de matériel partagé sont donc observables.

## **5.4.2.2 Opiïdes médicamenteux**

Les médicaments opioïdes concernés par cette étude sont la morphine ainsi que l'hydromorphone ou l'hydromorphone contin, la première se présentant sous la forme d'un comprimé et la seconde sous la forme d'une gélule remplie de microgranules.

### **5.4.2.2.1 Composition chimique**

Mentionnons d'emblée qu'il existe, au sein d'un même type d'opioïde, une multitude de dosages différents, ceux-ci pouvant osciller couramment, selon le médicament, entre 1 et 30 mg [38]. De plus, certains de ces médicaments peuvent être à libération rapide ou à libération lente [51]. Puisqu'une analyse plus poussée de la nature exacte de chacun des médicaments opioïdes ne fut pas effectuée, l'analyse se doit d'être plus superficielle.

#### **5.4.2.2.1.1 Une concentration en substance active souvent moindre**

Tel qu'indiqué dans un certain nombre d'études, la consommation par injection d'un comprimé ou d'une gélule qui n'est pas prévu à cet effet peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections. Ce nombre élevé d'injections lors d'une consommation unique s'explique par la concentration en substance active qui est souvent relativement faible comparativement à la quantité d'excipients, ce qui oblige à utiliser beaucoup d'eau pour diluer une quantité parfois faible de substance active. Ce phénomène fut mentionné dans notre étude, et la pression que cela comporte sur la quantité de matériel nécessaire lors d'un épisode de consommation pourrait très bien expliquer pourquoi des répondants qui s'injectaient de l'hydromorphone contin et de la morphine ont affirmé avoir manqué de matériel.

#### **5.4.2.2.1.2 La demi-vie**

La variabilité des demi-vies entre les différents médicaments opioïdes est ici aussi un enjeu. Un participant qui s'injecte parfois de la morphine souligne cependant que l'effet qu'il en

retire dure longtemps, ce qui lui permet de plus facilement gérer ses besoins au niveau du matériel d'injection sans avoir à craindre les effets d'un sevrage à court ou moyen terme.

#### **5.4.2.2 Composition physique**

Les résidus qui restent imprégnés dans le fond du contenant de dissolution lors de la préparation d'un opioïde médicamenteux sont à la base de deux épisodes de consommation avec partage du matériel de consommation, qui impliquaient dans les deux cas de l'hydromorphone contin. Le don ou l'échange du matériel imprégné de résidu dans le but d'en faire un *wash* est considéré comme problématique du point de vue de la santé publique [38] et il est possible de constater dans cette étude que des participants s'y adonnent d'une manière quasi ritualisée. Ce partage permet notamment de pourvoir aux besoins en drogue même dans une situation de manque de ressource est vécue, à l'image d'un participant qui est habitué d'échanger avec une amie leurs contenants respectifs quand l'un ou l'autre est dans le besoin, un processus d'échange confirmé par certaines études [12, 38]. Un tel épisode de partage se déroule d'ailleurs dans un contexte de sevrage pour l'un des participants rencontrés, ce qui encore une fois est corroboré par la littérature [52]. Fait inquiétant, le participant affirme que sa partenaire peut réutiliser le même contenant de dissolution à au moins deux reprises avant de le lui donner, alors que lui mentionne utiliser le sien deux ou trois fois avant de le lui remettre. Si cette utilisation répétée permet d'accumuler une plus grande quantité de résidu cela nous laisse à penser qu'avec le *wash*, ce même contenant de dissolution est réutilisé à trois ou quatre reprises. Ainsi, cette pratique est possiblement celle qui occasionne le plus de réutilisation d'un même item, à l'exception peut-être du garrot.

#### **5.4.2.3 Héroïne**

Nous remarquons d'emblée dans notre étude que la majorité des épisodes de consommation qui impliquent uniquement une consommation d'héroïne sont des épisodes durant lesquels il n'y a pas eu de partage de matériel de consommation.

#### **5.4.2.3.1 Composition chimique**

La demi-vie de l'héroïne est, aux dires de certains participants, passablement longue. Les effets de la substance sont durables, ce qui réduit la consommation compulsive et répétée sur une courte période. Fait notable, ce besoin moindre en termes de nombre d'injections, qu'une étude canadienne établit entre deux et quatre par jour afin d'éviter au minimum les symptômes de sevrage [33], n'est pas compensé par une composition physique nécessitant un plus grand nombre d'injections comme dans le cas de certains opioïdes médicamenteux. Ainsi, la quantité moindre de matériel d'injection nécessaire lors d'un épisode de consommation pourrait expliquer pourquoi la majorité des participants qui se sont injectés cette substance mentionnaient n'avoir pas manqué de matériel.

#### **5.4.2.3.2 La cumulation des facteurs de risque**

Il semble possible d'affirmer, à la vue de nos résultats, que les effets apaisants de l'intoxication à l'héroïne ainsi que leur durabilité se conjuguent et permettent à la personne qui en consomme d'éviter plus efficacement les risques associés à la toxicomanie, notamment en planifiant plus efficacement ses besoins en termes de matériel d'injection. Cette constatation confirme d'ailleurs les conclusions de certaines études [33, 53] et peut contribuer à expliquer pourquoi certains consommateurs d'héroïne jugent qu'ils prennent moins de risque comparativement aux personnes qui s'injectent d'autres types de substance [1].

### **5.5 Les possibles biais**

Il convient de réaliser qu'une recherche portant sur une population jugée invisible comme celle des personnes UDI est susceptible de représenter un défi de taille concernant la fiabilité des données amassées ainsi que la présence de possibles biais. En effet, la stigmatisation liée à l'injection de drogues de même que la nature illicite de cette pratique rend difficile toute obtention d'informations exactes sur les profils d'utilisation des drogues par injection et des problèmes qui en découlent [54]. Tout d'abord, les données auto-rapportées peuvent souffrir

d'un biais lié à l'octroi de réponses socialement souhaitables, surtout quand cela concerne un comportement répréhensible socialement et à haut risque d'infections comme celui du partage du matériel d'injection. Des répondants pourraient ainsi avoir sous-rapporté certains comportements jugés inadmissibles ou sur-rapporter des conduites jugées plus acceptables. La littérature suggère toutefois que les personnes qui consomment des drogues fournissent des informations que l'on peut qualifier de fiables et de valides [55-57].

Au niveau du processus d'échantillonnage, le fait que l'échantillon soit non probabiliste implique qu'il est sujet à de nombreux biais de sélection. Premièrement, le fait que les répondants soient recrutés via l'intermédiaire d'un organisme communautaire distribuant du matériel d'injection, dont ils utilisent les services, nous laisse à penser qu'ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble des personnes UDI puisque les caractéristiques des usagers de tels services diffèrent fortement de celles des personnes ne les utilisant pas [58]. Un biais de couverture provoqué par la sous-représentation des gens les plus vulnérables ou de ceux ayant des revenus plus importants, deux sous-groupes de personnes UDI peu représentés dans les centres d'accès au matériel d'injection [59], est ainsi probable. Plus important encore, aucune femme ne fut recrutée pour participer à la présente recherche, ce qui peut s'expliquer ici aussi par leur plus faible utilisation des services offerts par les centres d'accès au matériel d'injection [60-62], ce qui nous empêche dans une certaine mesure d'inférer les résultats obtenus vers cette catégorie précise de la population. Finalement, puisqu'il ne nous est pas possible de connaître le nombre exact de personnes UDI ayant refusé de participer à la présente recherche, nous croyons plausible que notre échantillon soit surreprésenté par des individus motivés et disposés à nous consacrer de leur temps. Cependant, malgré le caractère non représentatif de notre échantillon, nous croyons pouvoir affirmer à l'aune de ce que la littérature communie sur le sujet que les données amassées témoignent de tendances réelles et authentiques à propos du partage du matériel d'injection et des facteurs qui lui sont associés.

Mentionnons enfin quelques limitations supplémentaires. Tout d'abord, les comportements d'injection ayant eu cours dans les six derniers mois ne sont peut-être pas représentatifs des comportements typiques d'injection des participants. De plus, puisqu'une proportion significative des personnes qui s'injectent des drogues consomme simultanément d'autres



types de substances lors d'un même épisode de consommation [63, 64], phénomène observable dans notre propre recherche, nous ne pouvons écarter totalement l'hypothèse de la présence d'un biais de confusion, c'est-à-dire la possibilité qu'une association observée entre une substance spécifique et un comportement soit attribuable en fait à une autre substance consommée conjointement. De plus, puisqu'aucune analyse toxicologique n'a permis de déterminer avec exactitude la composition réelle des substances que les répondants estiment avoir consommée, il est possible qu'une disparité puisse exister entre le type de drogue qui fut auto-déclaré et la composition réelle de celle-ci. Outre l'information portant sur la fréquence moyenne des épisodes de consommation des répondants lors de l'enquête, nous ne disposons enfin d'aucune indication concernant le degré de sévérité de leur dépendance aux drogues, de la quantité moyenne de substance qu'ils consomment lors de chaque épisode ou des périodes d'abstinence qu'ils sont susceptibles d'observer. Il n'est pourtant pas exclu que ces informations puissent expliquer certains de leurs comportements et ainsi nous amener à réviser certains de nos constats.

## Conclusion

Cette recherche nous permet de réaliser que l'injection de drogue et les comportements qui en découlent ne sont pas exclusivement une affaire de substances, puisque de nombreux autres facteurs entrent en jeu. Cependant, elle nous permet également de déceler la présence d'une relation manifeste entre ces substances et les comportements d'injection. Cette relation dépasse largement les seuls aspects pharmacologiques des drogues injectées. Tout d'abord, dans ce qui pourrait être considéré comme des éléments communs à l'ensemble des diverses substances injectées, nous avons identifié que la manière d'accéder à une drogue, les aspects liés à sa préparation ainsi que la ritualisation des gestes acquise durant l'historique d'injection influencent fortement les comportements de consommation. Des dimensions économiques liées aux drogues, leur composition physique et les normes culturelles associées à leur préparation et consommation semblent opérer particulièrement à deux niveaux, à savoir celui de la centralisation du processus de préparation des injections et celui du partage de la substance entre plusieurs consommateurs, deux aspects susceptibles d'entraîner un partage du matériel d'injection. D'un autre côté, dans ce qui nous semble relever de la nature distinctive des différentes substances, nous avons identifié que les effets physiologiques induits par la consommation d'une drogue et certains aspects liés à sa préparation pour l'injection semblent affecter aussi considérablement les comportements de consommation. Les compositions chimiques et physiques propres aux diverses drogues semblent ainsi concerner le degré de confusion induit par l'intoxication d'une drogue, le sentiment d'urgence résultant des symptômes liés à la suppression de ses effets, la fréquence de consommation nécessaire pour les maintenir ainsi que le processus de préparation, autant d'aspects susceptibles d'entraîner un partage du matériel d'injection.

Le degré de vulnérabilité envers le comportement du partage du matériel d'injection favorisé par la consommation d'une drogue spécifique relève en définitive du cumul des différents éléments qui y sont reliés et qui ont, selon les cas, le potentiel de s'amplifier ou de s'atténuer mutuellement. Ainsi, la cocaïne semble dans notre étude être la substance la plus fortement associée avec le partage du matériel d'injection. En effet, le *craving* résultant de la suppression

des effets de cette drogue, la fréquence d'injection nécessaire pour les maintenir et l'importante confusion liée à son intoxication, auxquels nous pourrions certainement ajouter sa plus grande disponibilité, sont autant d'éléments de risque singuliers qui ont le potentiel de s'amplifier réciproquement. Les opioïdes médicamenteux représentent pour leur part certainement la deuxième catégorie de substance qui est le plus fortement associée au partage du matériel d'injection. En effet, leur composition physique nécessite parfois une plus grande quantité d'eau pour les dissoudre que ce que peut contenir un contenant de dissolution ou une seringue, ce qui augmente la fréquence des injections, et un dépôt semblant contenir de la substance active reste imprégné dans certains items, ce qui incite à la réutilisation de ceux-ci. À cela s'ajoutent enfin les symptômes de sevrage induit par la suppression de la substance dans l'organisme d'une personne dépendante. Ces deux substances semblent non seulement favoriser le partage du matériel d'injection, mais également réduire la discrimination au sujet du type de matériel qui sera partagé ainsi que du type de partenaire avec qui ce partage se produira. À l'autre extrémité, la nature relaxante, la durée et l'atténuation progressive des effets de l'héroïne, ainsi que la capacité supérieure de discernement lors de l'intoxication, sont autant d'éléments qui se conjuguent pour faire de cette drogue la substance qui semble le moins associée au partage du matériel d'injection. Bien que les effets du sevrage à l'héroïne constituent un élément fortement associé à ce type de comportement, ceux-ci semblent toutefois être atténués par les éléments précédemment exposés. Enfin, la consommation de méthamphétamine semble également avoir atténuée chez certains participants les comportements de partage du matériel d'injection. Ceci est dû à la durée importante des effets de cette drogue, qui diminue fortement le nombre d'injections par épisode de consommation, aux dépôts rebutants qui imprègnent les items utilisés, qui incitent à ne pas les réutiliser, à la nécessité de mieux planifier ses épisodes de consommation ainsi qu'au stress et à la nervosité résultant de l'intoxication qui semblent contribuer à atténuer les prises de risque.

Les résultats et les constats issus de la présente recherche confirment l'idée selon laquelle les différentes substances qui sont consommées ont des répercussions épidémiologiques variées et qu'elles sont d'une grande importance d'un point de vue de santé publique [1]. Mieux comprendre la nature des influences que les drogues consommées peuvent avoir sur les comportements d'injection des personnes UDI est d'autant plus important que des

changements sont à prévoir à moyen ou à long terme. En effet, une diversification marquée des substances consommées se profile dans un nombre toujours plus grand de pays, ce qui implique certainement de nouveaux risques au niveau des comportements de consommation [2, 3]. Au Canada par exemple, on observe au sujet de la drogue qui est injectée le plus souvent une augmentation statistiquement significative pour la catégorie des *autres drogues*<sup>1</sup> [4]. Or, pour que les stratégies de prévention soient efficaces, il est nécessaire d’appréhender l’ensemble des facteurs de risques qui contribuent à une pratique comme celle du partage du matériel d’injection. Ceci représente ultimement le seul moyen d’alimenter efficacement notre réflexion concernant le type de politique de santé publique approprié pouvant être mis en œuvre avec efficacité. La prise en compte de l’influence que le type de substance consommée peut avoir sur le comportement du partage du matériel d’injection est donc susceptible de contribuer à cibler davantage les efforts de prévention qui devront être consentis afin de réduire cette pratique hautement risquée. Elle permet de surcroît de répondre à des risques plus spécifiques, de proposer des solutions pragmatiques aux problèmes vécus par les personnes UDI et de leur permettre de se les approprier plus efficacement. En effet, l’écart reconnu exister entre la connaissance par les personnes UDI des pratiques à risque et leurs comportements effectifs de consommation [5] doit nous inciter à surpasser les simples mises en garde traditionnelles sur la non-réutilisation du matériel. Une pratique comme celle du partage de la drogue après avoir procédé à sa dissolution par exemple, qui répond à des impératifs de rapidité, de simplicité et de précision, ne peut être efficacement endiguée sans offrir aux personnes concernées une alternative qui soit efficace et convaincante. Il serait donc judicieux en matière de prévention d’envisager la mise sur pied d’outils ou de stratégies favorisant un partage plus sécuritaire des drogues. Les autres risques associés à l’injection qui sont liés au type de drogue qui est consommé devront selon nous également faire l’objet de mesures adaptées afin de répondre aux défis qu’ils représentent.

---

<sup>1</sup> Autre que la cocaïne, le crack, l’héroïne et les médicaments opioïdes (*tendances de la drogue injectée le plus souvent – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013*)

Les réflexions amorcées au sein de la présente recherche gagneraient certainement à être complétées par des recherches d'observation futures de type ethnographique. En effet, l'obtention d'un compte-rendu précis de la gamme des pratiques comportementales, sociales et symboliques ayant eu cours lors d'épisodes de consommation passés, de même que l'ensemble des motifs susceptibles de les expliquer, sont particulièrement difficiles à obtenir à partir de données auto-rapportées [6]. Il est de notre avis qu'il serait donc pertinent de procéder à des observations systématiques d'épisodes de consommation en situation réelle afin d'être en mesure d'évaluer l'apparition de comportements précis au moment même où ils se produisent dans leur cadre naturel. Le plan d'observation devrait ainsi inclure l'entièreté du processus de consommation afin de reconstituer au plus près la trajectoire qui conduit une personne UDI à partager ou non son matériel d'injection lorsqu'elle consomme une substance spécifique. Ce processus de consommation inclut de nombreux facteurs qui structurent le risque tels que l'acquisition d'une substance, son partage entre plusieurs consommateurs, sa préparation, son injection, les effets physiologiques qu'elle induit ou encore le contexte global dans lequel l'épisode de consommation se déroule. Parmi les avantages que nous pourrions retirer d'une telle recherche, mentionnons d'emblée l'opportunité de détecter des variables jusqu'alors non prises en compte ou d'associations non suspectées par les personnes UDI elles-mêmes. L'observation systématique d'épisodes d'injection nous permettrait également de maximiser la validité des données amassées en évitant tout biais de rappel rétrospectif [7] et nous permettrait de surcroît de mettre en évidence les différences pouvant exister entre les données du type de celles que nous avons collectées et les comportements comme ils peuvent s'observer en contexte naturel. Un tel apport de la recherche serait selon nous un moyen de compléter et de bonifier positivement les données issues des perceptions expérientielles des personnes qui s'injectent des drogues.

# Bibliographie

## Introduction et problématique

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. 2015, Gouvernement du Québec: Québec.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques - Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*. 2006, Gouvernement du Québec: Québec.
3. Venne, S., G. Lambert, and K. Blouin, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2014 (et projections 2015)*. 2015, Institut national de santé publique du Québec: Québec.
4. Noël, L., Laforest, J., Allard, P.R, *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC, Revue systématique de la littérature et validation empirique*. 2007, Institut national de santé publique du Québec.
5. Huo, D., et al., *Changes in the sharing of drug injection equipment among street-recruited injection drug users in Chicago, Illinois, 1994--1996*. Substance Use & Misuse, 2005. **40**(1): p. 63-76.
6. Magura, S., et al., *Determinants of needle sharing among intravenous drug users*. American Journal of Public Health, 1989. **79**(4): p. 459-462.
7. Needle, R.H., et al., *HIV risk behaviors associated with the injection process: Multiperson use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks*. Substance Use and Misuse, 1998. **33**(12): p. 2403-2423.
8. Dolan, M.P., et al., *Characteristics of drug abusers that discriminate needle-sharers*. Public Health Reports, 1987. **102**(4): p. 395-8.
9. Grund, J.-P.C., et al., *Drug sharing and HIV transmission risks: The practice of frontloading in the Dutch injecting drug user population*. Journal of Psychoactive Drugs, 1991. **23**(1): p. 1-10.
10. Mandell, W., et al., *Correlates of needle sharing among injection drug users*. American Journal of Public Health, 1994. **84**(6): p. 920-923.
11. CATIE. *Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services*. 2015 1 décembre 2017]; Available from: <http://www.catie.ca/fr/vih-canada>.
12. Hagan, H., et al., *Attribution of Hepatitis C Virus Seroconversion Risk in Young Injection Drug Users in 5 US Cities*. Journal of Infectious Diseases, 2010. **201**(3): p. 378-385.
13. Pouget, E.R., H. Hagan, and D.C. Des Jarlais, *Meta-analysis of hepatitis C seroconversion in relation to shared syringes and drug preparation equipment*. Addiction, 2012. **107**(6): p. 1057-1065.

14. D'Souza, G., et al., *Cross-sectional survey of the extent and indicators of hepatitis C virus infection in Houston Department of Health and Human Services' sexually transmitted disease clinics*. Journal of Viral Hepatitis, 2003. **10**(2): p. 134-140.
15. Metsch, L.R.P., et al., *Correlates of Lending Needles/Syringes Among HIV-Seropositive Injection Drug Users*. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2007. **46 Supplement 2, HIV Prevention and Clinical Care for HIV-Positive Injection Drug(Users)**: p. Lessons from the INSPIRE Study:S72-S79.
16. Hahn, J.A., et al., *Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco*. Hepatology, 2001. **34**(1): p. 180-187.
17. Leclerc, P., et al., *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014*. 2015, Institut national de santé publique du Québec: Québec.
18. Harris, M., C. Treloar, and L. Maher, *Staying safe from hepatitis C: engaging with multiple priorities*. Qualitative health research, 2012. **22**(1): p. 31-42.
19. Thompson, S.C., C.R. Boughton, and G.J. Dore, *Bloodborne viruses and their survival in the environment: is public concern about community needlestick exposures justified?* Australian and New Zealand Journal of Public Health, 2003. **27**(6): p. 602-607.
20. Heimer, R., et al., *Hepatitis in used syringes: The limits of sensitivity of techniques to detect hepatitis B virus (HBV) DNA, hepatitis C virus (HCV) RNA, and antibodies to HBV core and HCV antigens*. The Journal of Infectious Diseases, 1996. **173**(4): p. 997-1000.
21. Strike, C., et al., *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – Partie 1*. 2013, Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada: Toronto.
22. Loza, O., et al., *Drug-Related Behaviors Independently Associated with Syphilis Infection among Female Sex Workers in two Mexico-U.S. Border Cities*. Addiction, 2010. **105**(8): p. 1448–1456.
23. Morissette, C., et al., *Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: Implications for HIV and hepatitis C prevention*. International Journal of Drug Policy, 2007. **18**(3): p. 204-212.
24. Hagan, H. and H. Thiede, *Changes in injection risk behavior associated with participation in the Seattle needle-exchange program*. Journal of Urban Health, 2000. **77**(3): p. 369-382.
25. Jin, H., et al., *Differences in HIV risk behaviors among people who inject drugs by gender and sexual orientation, San Francisco, 2012*. Drug and Alcohol Dependence, 2014. **145**: p. 180-184.
26. Chaisson, R.E., et al., *Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco*. JAMA, 1989. **261**(4): p. 561-5.
27. Cox, J., et al., *Access to sterile injecting equipment is more important than awareness of HCV status for injection risk behaviors among drug users*. Substance Use & Misuse, 2009. **44**(4): p. 548-568.

28. Bruneau, J., et al., *The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users*. *Addiction* (Abingdon, England), 2012. **107**(7): p. 1318-1327.
29. Sherman, K.E., et al., *Hepatitis C virus prevalence among patients infected with human immunodeficiency virus: a cross-sectional analysis of the US Adult AIDS Clinical Trials Group*. *Clin Infect Dis.*, 2002. **34**(6): p. 831–837.
30. Roy, E., et al., *Injection of drug residue as a potential risk factor for HCV acquisition among Montreal young injection drug users*. *Drug and Alcohol Dependence*, 2012. **126**(1-2): p. 246-250.
31. Homann, C., et al., *High incidence of hepatitis B infection and evolution of chronic hepatitis B infection in patients with advanced HIV infection*. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 1991. **4**(4): p. 416-420.
32. Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation. Partie 4 – Vaccins actifs : Vaccin contre l'hépatite B*. 2012 5 juin 2017]; Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-7-vaccin-contre-hepatite-b.html>.
33. Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation. Partie 4 – Vaccins actifs : Vaccin contre l'hépatite A*. 2012 5 juin 2017]; Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-6-vaccin-contre-hepatite-a.html>.
34. Kaushik, K.S., K. Kapila, and A.K. Praharaj, *Shooting up: the interface of microbial infections and drug abuse*. *Journal of Medical Microbiology*, 2011. **60**(Pt 4): p. 408-422.
35. Khalil, P.N., et al., *Diagnostic and treatment options for skin and soft tissue abscesses in injecting drug users with consideration of the natural history and concomitant risk factors*. *European Journal of Medical Research*, 2008. **13**(9): p. 415-424.
36. Lloyd-Smith, E., et al., *Community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus is prevalent in wounds of community-based injection drug users*. *Epidemiology and Infection*, 2010. **138**(5): p. 713-720.
37. Gordon, R.J. and F.D. Lowy, *Bacterial infections in drug users*. *New England Journal of Medicine*, 2005. **353**(18): p. 1945-1954.
38. Morrison, A., L. Elliott, and L. Gruer, *Injecting-related harm and treatment-seeking behaviour among injecting drug users*. *Addiction*, 1997. **92**(10): p. 1349-1352.
39. Del Giudice, P., *Cutaneous complications of intravenous drug abuse*. *British Journal of Dermatology*, 2004. **150**(1): p. 1-10.
40. Salmon, A.M., et al., *Injecting-related injury and disease among clients of a supervised injecting facility*. *Drug and Alcohol Dependence*, 2009. **101**(1-2): p. 132-136.
41. Darke, S., J. Ross, and S. Kaye, *Physical injecting sites among injecting drug users in Sydney, Australia*. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001. **62**(1): p. 77-82.



42. Passaro, D.J., et al., *Wound botulism associated with black tar heroin among injecting drug users*. Journal of the American Medical Association, 1998. **279**(11): p. 859-863.
43. Woodburn, K.R. and J.A. Murie, *Vascular complications of injecting drug misuse*. *British Journal of Surgery*. British Journal of Surgery, 1996. **83**(10): p. 1329-1334.
44. Mathers, B.M., et al., *Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis*. Bulletin of the World Health Organization, 2013. **91**(2): p. 102-123.
45. Copeland, L., et al., *Changing patterns in causes of death in a cohort of injecting drug users, 1980-2001*. Archives of Internal Medicine, 2004. **164**(11): p. 1214-1220.
46. Wodak, A. and A. Cooney, *Effectiveness of sterile needle and syringe programmes*. International Journal of Drug Policy, 2005. **16**: p. S31-S44.
47. Organisation mondiale de la santé, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users : evidence for action technical papers*. 2004: Genève.
48. Bluthenthal, R.N., et al., *The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study*. AIDS, 2000. **14**(5): p. 605-611.
49. Wood, E., et al., *Needle exchange and difficulty with needle access during an ongoing HIV epidemic*. International Journal of Drug Policy, 2002. **13**(2): p. 95-102.
50. Kaplan, E.H. and R. Heimer, *HIV incidence among New Haven needle exchange participants: updated estimates from syringe tracking and testing data*. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol, 1995. **10**(2): p. 175-176.
51. Ksobiech, K., *A meta-analysis of needle sharing, lending, and borrowing behaviours of needle exchange program attenders*. AIDS Education and Prevention, 2003. **15**(3): p. 257-268.
52. Des Jarlais, D.C., et al., *HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes*. Lancet (North American Edition), 1996. **348**(9033): p. 987-991.
53. Ouellet, L., H. DeZheng, and S.L. Bailey, *HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 2004. **37**(1): p. 1187-1196.
54. Roy, E., et al., *Trends in injection drug use behaviors over 10 years among street youth*. Drug Alcohol Depend., 2007. **89**(2-3): p. 170-175.
55. Nelson, K.E., et al., *Temporal trends in the incidence of human immunodeficiency virus infection and risk behavior among injection drug users in Baltimore, Maryland, 1988-1998*. American Journal of Epidemiology, 2002. **156**(7): p. 641-653.
56. Des Jarlais, D.C., et al., *Behavioral risk reduction in a declining HIV epidemic: injection drug users in New-York City 1990-1997*. Am J Public Health, 2000. **90**(7): p. 1112-1116.
57. Bruneau, J., et al., *Trends in human immunodeficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in Montreal, Canada: A 16-year longitudinal study*. American Journal of Epidemiology, 2011. **173**(9): p. 1049-1058.

58. Donoghoe, M.C., K.A. Dolan, and G.V. Stimson, *Life-Style Factors and Social Circumstances of Syringe Sharing in Injecting Drug Users*. British Journal of Addiction, 1992. **87**(7): p. 993-1003.
59. Leclerc, P., et al., *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2015 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2015 - Sommaire*. 2017, Institut National de Santé Publique du Québec: Québec.
60. Agence de la santé publique du Canada, *Résumé des résultats clés de la Phase 3 du système I-Track (2010 à 2012)*. 2014, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections: Ottawa.
61. Tavitian-Exley, I., et al., *Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis*. Addiction, 2015. **110**(4): p. 572-84.
62. Jutras-Aswad, D.M.D.M., G.M. Zang, and J.M.D.M. Bruneau, *Cannabis Use Correlates of Syringe Sharing among Injection Drug Users*. The American Journal on Addictions May/June, 2010. **19**(3): p. 231-237.
63. Magiorkinis, G., et al., *Integrating phylodynamics and epidemiology to estimate transmission diversity in viral epidemics*. PLoS Comput Biol., 2013. **9**(1): p. e1002876.
64. Thorpe, L.E., et al., *Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment*. American Journal of Epidemiology, 2002. **155**(7): p. 645-653.
65. Mitsui, T., et al., *Hepatitis C virus infection in medical personnel after needlestick accident*. Hepatology, 1992. **16**(5): p. 1109–1114.
66. Kiyosawa, K., et al., *Hepatitis C in hospital employees with needlestick injuries*. Ann. Intern. Med., 1991. **115**(5): p. 367–369.
67. Abou-Saleh, M.T. and S. Foley, *Prevalence and incidence of hepatitis C in drug users: A review*. Addictive Disorders and their Treatment, 2008. **7**(4): p. 190-198.
68. Rhodes, T. and C. Treloar, *The social production of hepatitis C risk among injecting drug users: a qualitative synthesis*. Addiction, 2008. **103**(10): p. 1593-1603.
69. Roy, E., et al., *Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montreal*. Drug & Alcohol Review, 2012. **31**(1): p. 72-80.
70. Roy, E., et al., *Prevalence and correlates of prescription opioid residue injection*. Drug and Alcohol Dependence, 2016. **166**: p. 69–74.
71. Morris, M.D., et al., *Geographic Differences in Temporal Incidence Trends of Hepatitis C Virus Infection Among People Who Inject Drugs: The InC3 Collaboration*. Clin Infect Dis., 2017. **64**(7): p. 860-869.
72. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *L'épidémie silencieuse - Les infections transmissibles sexuellement et par le sang - Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. 2010, Gouvernement du Québec: Québec.
73. Bitera, R., et al., *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec - Rapport annue 2014*. 2015, Institut national de santé publique du Québec: Québec.

74. Agence de la santé publique du Canada, *Résumé : estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011*. 2012, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections: Ottawa.
75. Clatts, M.C., et al., *An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: Reflections on the 'emergence' of crack injection*. International Journal of Drug Policy, 2002. **13**(4): p. 285-295.
76. Turner, C.F., H.G. Miller, and L.E. Moses, *AIDS, Sexual Behavior, and Intravenous Drug Use*, ed. S. Committee on AIDS Research and the Behavioral, and Statistical Sciences. 1989, Washington, D.C.: National Academy of Sciences.
77. Lovell, A., *Les sources sociales du risque. Rôle des réseaux sociaux et du capital social sur les pratiques des injecteurs de drogues*, in *Villes et « toxicomanie*, P. Giroux-Arcella, M. Joubert, and C. Mougin, Editors. 2005: Toulouse. p. 95-116.
78. Glanz, K., B. Rimer, and K.e. Viswanath, *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice, 4th Edition*. 2008, San Francisco: Jossey-Bass.
79. Page, J.B., et al., *Intravenous Drug Use and HIV Infection in Miami*. Medical Anthropology Quarterly, 1990. **4**(1): p. 56-71.
80. Duvnjak, A., et al., *No one likes using the dirties: A study into the re-use of injecting equipment in Australia*. 2015, Australian Injecting and Illicit Drug Users League: Canberra.
81. Tyndall, M.W., et al., *Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic*. Aids, 2003. **17**(6): p. 887-893.
82. Sterk, C.E. and K.W. Elifson, *Fluctuating drug markets and HIV risk taking: Female drug users and their relationship with drug markets*. Medical Anthropology, 2000. **18**(4): p. 439-455.
83. Des Jarlais, D.C., K. Dehne, and J. Casabona, *HIV surveillance among injecting drug users*. Aids, 2001. **15**(SUPPL. 3): p. S13-S22.
84. Roy, E., N. Arruda, and P. Bourgois, *The growing popularity of prescription opioid injection in downtown Montreal: new challenges for harm reduction*. Substance use & misuse, 2011. **46**(9): p. 1142-1150.
85. De, P., et al., *The importance of social networks in their association to drug equipment sharing among injection drug users: A review*. Addiction, 2007. **102**(11): p. 1730-1739.
86. Singer, M., *Drug-use patterns: An ever-whirling wheel of change*. Medical Anthropology, 2000. **18**(4): p. 299-303.
87. Singer, M. and G. Mirhej, *The understudied supply side: public policy implications of the illicit drug trade in Hartford, CT*. Harvard Health Policy Rev., 2005. **5**: p. 36-47.
88. Roth, A.M., et al., *Patterns of Drug Use, Risky Behavior, and Health Status Among Persons Who Inject Drugs Living in San Diego, California: A Latent Class Analysis*. Subst Use Misuse, 2015. **50**(2): p. 205-214.
89. Fadel, R., *Cadre de référence - Optimisation des services de dépistage et de prévention des ITSS*. 2016, Ministère de la Santé et des Services sociaux: Montréal.

90. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Oser faire autrement : Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS*, in *Collection Pour mieux travailler ensemble dans la lutte contre les ITSS*. 2014, Gouvernement du Québec: Québec.
91. Bourgois, P. and J. Bruneau, *Needle exchange, HIV infection, and the politics of science: Confronting Canada's cocaine injection epidemic with participant observation*. *Medical Anthropology*, 2000. **18**(4): p. 325-350.
92. Booth, R.E., *Predictors of unsafe needle practices: Injection drug users in Denver*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994. **7**(5): p. 504-508.

## Chapitre 1 : Revue de littérature

1. Grund, J.P.C., et al., *Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: Patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens*. *Social Science and Medicine*, 1996. **42**(5): p. 691-703.
2. Koester, S., *Applying the Methodology of Participant Observation to the Study of Injection-Related HIV Risks*, in *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research*, E.Y. Lambert, R.S. Ashery, and R.H. Needle, Editors. 1995: Rockville (U.S.). p. 84-99.
3. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et Crips Île-de-France, *Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse*. 2009: Paris.
4. Academy for Educational Development, *HIV prevention among drug users: a resource book for community planners and program managers*. 1997, Centers for Disease Control and Prevention: Washington (DC).
5. Hagan, H., et al., *Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C*. *Am J Public Health*, 2001. **91**(1): p. 42-46.
6. Noël, L., Laforest, J., Allard, P.R., *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC, Revue systématique de la littérature et validation empirique*. 2007, Institut national de santé publique du Québec.
7. Patrick, D.M., et al., *Determinants of HIV seroconversion in injection drug users during a period of rising prevalence in Vancouver*. *Int. J. STD AIDS*, 1997. **8**(7): p. 437-445.
8. Des Jarlais, D.C. and S.R. Friedman, *HIV infection among intravenous drug users: epidemiology and risk reduction*. *AIDS*, 1987. **1**(2): p. 67-76.
9. Chaisson, R.E., et al., *Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco*. *JAMA*, 1989. **261**(4): p. 561-5.
10. Grund, J.P., *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*. Vol. 4. 1993, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
11. Koester, S. and L. Hoffer, *Indirect sharing: Additional HIV risks associated with drug injection*. *AIDS Public Policy J*, 1994. **9**(2): p. 100-105.

12. Golub, E.T., et al., *Distributive syringe sharing among young adult injection drug users in five U.S. cities*. Drug and Alcohol Dependence, 2007. **91**(Suppl 1): p. S30–S38.
13. Maher, L., *Don't leave us this way: ethnography and injecting drug use in the age of AIDS*. International Journal of Drug Policy, 2002. **13**(4): p. 311-325.
14. Koester, S., J. Glanz, and A. Baron, *Drug sharing among heroin networks: Implications for HIV and hepatitis B and C prevention*. AIDS and Behavior, 2005. **9**(1): p. 27-39.
15. Hahn, J.A., et al., *Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: Relationships and risks*. Journal of Infectious Diseases, 2002. **186**(11): p. 1558-1564.
16. Des Jarlais, D.C., K. Dehne, and J. Casabona, *HIV surveillance among injecting drug users*. Aids, 2001. **15**(SUPPL. 3): p. S13-S22.
17. Needle, R.H., et al., *HIV risk behaviors associated with the injection process: Multiperson use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks*. Substance Use and Misuse, 1998. **33**(12): p. 2403-2423.
18. Roy, E., N. Arruda, and P. Bourgois, *The growing popularity of prescription opioid injection in downtown Montreal: new challenges for harm reduction*. Substance use & misuse, 2011. **46**(9): p. 1142-1150.
19. Grund, J.-P.C., et al., *Drug sharing and HIV transmission risks: The practice of frontloading in the Dutch injecting drug user population*. Journal of Psychoactive Drugs, 1991. **23**(1): p. 1-10.
20. Jose, B., et al., *Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users*. AIDS, 1993. **7**(12): p. 1653-1660.
21. Koester, S., R.E. Booth, and Y. Zhang, *The prevalence of additional injection-related HIV risk behaviors among injection drug users*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 1996. **12**(2): p. 202-207.
22. Zule, W.A., *Risk and reciprocity: HIV and the injection drug user*. Journal of Psychoactive Drugs, 1992. **24**(3): p. 243-249.
23. Stark, K., et al., *Frontloading: a risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin*. AIDS, 1996. **10**(3): p. 311-317.
24. Thiede, H., et al., *Prevalence and correlates of indirect sharing practices among young adult injection drug users in five U.S. cities*. Drug and Alcohol Dependence, 2007. **91**(Suppl 1): p. S39–S47.
25. Pouget, E.R., H. Hagan, and D.C. Des Jarlais, *Meta-analysis of hepatitis C seroconversion in relation to shared syringes and drug preparation equipment*. Addiction, 2012. **107**(6): p. 1057-1065.
26. Shah, S.M., et al., *Detection of HIV-1 DNA in Needle/Syringes, Paraphernalia, and Washes From Shooting Galleries in Miami: A Preliminary Laboratory Report*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 1996. **11**(3): p. 301-306.
27. Koester, S., R. Booth, and W. Wiebel, *The risk of HIV transmission from sharing water, drug-mixing containers and cotton filters among intravenous drug users*. International Journal on Drug Policy, 1990. **1**(6): p. 28-30.

28. Crofts, N., C. Aitken, and J.M. Kaldor, *The force of numbers: why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not*. The Medical Journal of Australia, 1999. **170**(5): p. 220-221.
29. Thibault, V., et al., *Hepatitis C transmission in injection drug users: could swabs be the main culprit?* J Infect Dis., 2011. **204**(12): p. 1839-1842.
30. Roy, E., et al., *Injection of drug residue as a potential risk factor for HCV acquisition among Montreal young injection drug users*. Drug and Alcohol Dependence, 2012. **126**(1-2): p. 246-250.
31. Rhodes, T., et al., *Trust, disruption and responsibility in accounts of injecting equipment sharing and hepatitis C risk*. Health, Risk and Society, 2008. **10**(3): p. 221-240.
32. Bailey, S.L., et al., *Perceived risk, peer influences, and injection partner type predict receptive syringe sharing among young adult injection drug users in five U.S. cities*. Drug Alcohol Depend., 2007. **91**(Suppl 1): p. S18–S29.
33. Ciccarone, D. and P. Bourgois, *Explaining the Geographical Variation of HIV among Injection Drug Users in the United States*. Substance Use and Misuse, 2003. **38**(14): p. 2049-2063.
34. Muñoz, F., et al., *Individual and socio-environmental factors associated with unsafe injection practices among young adult injection drug users in San Diego*. AIDS Behav., 2015. **19**(1): p. 199–210.
35. Barnard, M.A., *Needle sharing in context: Patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks*. Addiction, 1993. **88**(6): p. 805-812.
36. Bruneau, J., et al., *Associations between HIV-related injection behaviour and distance to and patterns of utilisation of syringe-supply programmes*. Journal of Epidemiology & Community Health, 2008. **62**(9): p. 804-810.
37. Rácz, J., et al., *Injecting equipment sharing and perception of HIV and hepatitis risk among injecting drug users in Budapest*. AIDS Care, 2007. **19**(1): p. 59-66.
38. Mimiaga, M.J., et al., *"We fear the police, and the police fear us": structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine*. AIDS Care, 2010. **22**(11): p. 1305-1313.
39. Riley, D. and E. O'Connell, *Canada's new drug law: Some implications for HIV/AIDS prevention in Canada*. The International Journal of Drug Policy, 1996. **7**(3): p. 180-182.
40. Luoma, J.B., *Substance use stigma as a barrier to treatment and recovery*, in *Addiction Medicine*, B.A. Johnson, Editor. 2010: New-York. p. 1195-1215.
41. Janulisa, P., *The micro-social risk environment for injection drug use: An event specific analysis of dyadic, situational, and network predictors of injection risk behavior*. Int J Drug Policy., 2016. **27**: p. 56-64.
42. Academy for Educational Development, *A comprehensive approach: Preventing bloodborne infections among IDUs*. 2004, Centers for Disease Control: Atlanta.
43. Noël, L., D. Gagnon, and R. Cloutier, *Les centres d'accès au matériel d'injection au Québec. Programme de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès des*

- personnes qui utilisent des drogues par injection*. 2013, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec: Québec.
44. Metsch, L.R.P., et al., *Correlates of Lending Needles/Syringes Among HIV-Seropositive Injection Drug Users*. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2007. **46 Supplement 2, HIV Prevention and Clinical Care for HIV-Positive Injection Drug(Users)**: p. Lessons from the INSPIRE Study:S72-S79.
  45. Cox, J., et al., *Access to sterile injecting equipment is more important than awareness of HCV status for injection risk behaviors among drug users*. Substance Use & Misuse, 2009. **44(4)**: p. 548-568.
  46. Mizuno, Y., et al., *Syndemic vulnerability, sexual and injection risk behaviors, and HIV continuum of care outcomes in HIV-positive injection drug users*. AIDS Behav., 2015. **19(4)**: p. 684-693.
  47. Lundgren, L.M., M. Amodeo, and D. Chassler, *Mental health status, drugtreatment use, and needle sharing among injection drug users*. AIDS Educ. Prev., 2005. **17(6)**: p. 525–539.
  48. Lemstra, M., et al., *Risk indicators of depressive symptomatology among injection drug users and increased HIV risk behaviour*. Can J Psychiatry, 2011. **56(6)**: p. 358-366.
  49. German, D. and C.A. Latkin, *Boredom, depressive symptoms, and HIV risk behaviors among urban injection drug users*. AIDS Behav., 2012. **16(8)**: p. 2244-2250.
  50. Smyth, B.P. and A. Roche, *Recipient syringe sharing and its relationship to social proximity, perception of risk and preparedness to share*. Addict Behav., 2007. **32(9)**: p. 1943–1948.
  51. Donoghoe, M.C., K.A. Dolan, and G.V. Stimson, *Life-Style Factors and Social Circumstances of Syringe Sharing in Injecting Drug Users*. British Journal of Addiction, 1992. **87(7)**: p. 993-1003.
  52. Dolan, M.P., et al., *Characteristics of drug abusers that discriminate needle-sharers*. Public Health Reports, 1987. **102(4)**: p. 395-8.
  53. Hagan, H. and H. Thiede, *Changes in injection risk behavior associated with participation in the Seattle needle-exchange program*. Journal of Urban Health, 2000. **77(3)**: p. 369-382.
  54. Surratt, H., S.P. Kurtz, and T. Cicero, *Alternate routes of administration and risk for HIV among prescription opioid abusers*. Journal of addictive diseases, 2011. **30(4)**: p. 334–341.
  55. Lankenau, S.E., et al., *Initiation into prescription opioid misuse amongst young injection drug users*. International Journal of Drug Policy, 2012. **23(1)**: p. 37–44.
  56. Johnson, K.M., et al., *Prescription drug misuse and risk behaviors among young injection drug users*. Journal of Psychoactive Drugs, 2013. **45(2)**: p. 112–121.
  57. Novelli, L.A., et al., *Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe sharing behaviors in young urban injection drug users*. Drug and Alcohol Dependence, 2005. **77(3)**: p. 303-309.
  58. Mandell, W., et al., *Correlates of needle sharing among injection drug users*. American Journal of Public Health, 1994. **84(6)**: p. 920-923.
  59. Fairbairn, N., et al., *Increasing use and associated harms of crystal methamphetamine injection in a Canadian setting*. Drug Alcohol Depend, 2007. **88(2-3)**: p. 313–316.

60. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Programme national de santé publique 2015-2025 - Joindre, dépister et traiter - Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique*. 2016, Gouvernement du Québec: Québec.
61. Smyth, B.P., J. Barry, and E. Keenan, *Syringe borrowing persists in Dublin despite harm reduction interventions*. *Addiction*, 2001. **96**(5): p. 717-727.
62. Johnston, C.L., et al., *HIV knowledge and perceptions of risk in a young, urban, drug-using population*. *Public Health Monograph*, 2011. **125**(11): p. 791-794.
63. Jin, H., et al., *Differences in HIV risk behaviors among people who inject drugs by gender and sexual orientation, San Francisco, 2012*. *Drug and Alcohol Dependence*, 2014. **145**: p. 180-184.
64. Frajzyngier, V., et al., *Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode*. *Drug Alcohol Depend.*, 2007. **89**(2-3): p. 145-152.
65. Agence de la santé publique du Canada, *Résumé des résultats clés de la Phase 3 du système I-Track (2010 à 2012)*. 2014, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections: Ottawa.
66. Bennett, G.A., et al., *Gender differences in sharing injecting equipment by drug users in England*. *AIDS Care*, 2000. **12**(1).
67. Temple, J.R., et al., *The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women*. *Addictive Behaviors*, 2008. **33**(9): p. 1244-1248.
68. Pinkham, S. and K. Malinowska-Sempruch, *Women, Harm Reduction and HIV*. *Reprod Health Matters.*, 2008. **16**(31): p. 168-181.
69. Stall, R., et al., *Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study*. *Addiction*, 2001. **96**(11): p. 1589-1601.
70. Johnson, R.A., et al., *HIV risk behaviors in African-American drug injector networks: implications of injection-partner mixing and partnership characteristics*. *Addiction*, 2002. **97**(8): p. 1011-1024.
71. Latkin, C., et al., *My place, your place, and no place: Behavior settings as a risk factor for HIV-related injection practices of drug users in Baltimore, Maryland*. *American Journal of Community Psychology*, 1994. **22**(3): p. 415-430.
72. Bourgois, P. and J. Bruneau, *Needle exchange, HIV infection, and the politics of science: Confronting Canada's cocaine injection epidemic with participant observation*. *Medical Anthropology*, 2000. **18**(4): p. 325-350.
73. Huo, D., et al., *Changes in the sharing of drug injection equipment among street-recruited injection drug users in Chicago, Illinois, 1994-1996*. *Substance Use & Misuse*, 2005. **40**(1): p. 63-76.
74. Gibson, E.K., et al., *A mixed methods approach to delineating and understanding injection practices among clientele of a Victoria, British Columbia needle exchange program*. *Drug and Alcohol Review*, 2011. **30**(4): p. 360-365.
75. Strathdee, S., et al., *HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future*. *Lancet*, 2010. **376**(9737): p. 268-284.



76. Hagan, H., et al., *Attribution of Hepatitis C Virus Seroconversion Risk in Young Injection Drug Users in 5 US Cities*. Journal of Infectious Diseases, 2010. **201**(3): p. 378-385.
77. Magura, S., et al., *Determinants of needle sharing among intravenous drug users*. American Journal of Public Health, 1989. **79**(4): p. 459-462.
78. Morissette, C., et al., *Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: Implications for HIV and hepatitis C prevention*. International Journal of Drug Policy, 2007. **18**(3): p. 204-212.
79. Morris, M.D., et al., *Intimate injection partnerships are at elevated risk of high-risk injecting: A multi-level longitudinal study of HCV-serodiscordant injection partnerships in San Francisco, CA*. PLoS ONE, 2014. **9** (10) (no pagination)(e109282).
80. Courtemanche, Y., et al., *Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées dans les établissements de détention provinciaux au Québec. Rapport de recherche*. 2016, CHU de Québec, Université Laval: Québec.
81. Kail, B.L., D.D. Watson, and S. Ray, *Needle using practices within the sex industry*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1995. **21**(2): p. 241-255.
82. Spittal, P.M., et al., *Surviving the sex trade: A comparison of HIV risk behaviours among street-involved women in two Canadian cities who inject drugs*. AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 2003. **15**(2): p. 187-195.
83. Baker, A. and N.K. Lee, *A review of psychosocial interventions for amphetamine use*. Drug Alcohol Rev., 2003. **22**(3): p. 323-335.
84. Lundgren, L.M., R.F. Schilling, and S.D. Peloquin, *Evidence-based drug treatment practice and the child welfare system: the example of methadone*. Soc Work, 2005. **50**(1): p. 53-63.
85. Roy, E., et al., *Prevalence and correlates of prescription opioid residue injection*. Drug and Alcohol Dependence, 2016. **166**: p. 69-74.
86. Kruse, G.R., et al., *Drug choice, spatial distribution, HIV risk, and HIV prevalence among injection drug users in St. Petersburg, Russia*. Harm Reduct J., 2009. **6**: p. 22.
87. Lankenau, S.E., et al., *The first injection event: Differences among heroin, methamphetamine, cocaine, and ketamine initiates*. J Drug Issues, 2010. **40**(2): p. 241-262.
88. Roy, É., et al., *Patterns of cocaine and opioid co-use and polyroutes of administration among street-based cocaine users in Montréal, Canada*. International Journal of Drug Policy, 2013. **24**(2): p. 142-149.
89. Tavitian-Exley, I., et al., *Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis*. Addiction, 2015. **110**(4): p. 572-84.
90. van Griensvan, F., et al., *Lack of increased HIV risk behavior among injection drug users participating in the AIDS-VAX B/E HIV vaccine trial in Bangkok, Thailand*. AIDS (London, England), 2004. **18**(2): p. 295-301.

91. Bruneau, J., et al., *The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users*. *Addiction* (Abingdon, England), 2012. **107**(7): p. 1318-1327.
92. Duvnjak, A., et al., *No one likes using the dirties: A study into the re-use of injecting equipment in Australia*. 2015, Australian Injecting and Illicit Drug Users League: Canberra.
93. Kreek, M.J., et al., *Opiate addiction and cocaine addiction: underlying molecular neurobiology and genetics*. *J Clin Invest.*, 2012. **122**(10): p. 3387-3393.
94. Gouvernement du Québec, *Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé et de services sociaux*. 2014, Ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Sécurité publique: Québec.
95. Latkin, C.A., A.R. Knowlton, and S. Sherman, *Routes of drug administration, differential affiliation, and lifestyle stability among cocaine and opiate users: Implications to HIV prevention*. *Journal of Substance Abuse*, 2001. **13**(1-2): p. 89-102.
96. Kozlov, A.P., et al., *HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia*. *Aids*, 2006. **20**(6): p. 901-906.
97. Bruneau, J., et al., *Trends in human immunodeficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in Montreal, Canada: A 16-year longitudinal study*. *American Journal of Epidemiology*, 2011. **173**(9): p. 1049-1058.
98. De, P., et al., *Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment: A systematic and methodological review*. *Journal of Viral Hepatitis*, 2008. **15**(4): p. 279-292.
99. Boileau, C., et al., *A prognostic model for HIV seroconversion among injection drug users as a tool for stratification in clinical trials*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005. **39**(4): p. 489-495.
100. Clatts, M.C., et al., *An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: Reflections on the 'emergence' of crack injection*. *International Journal of Drug Policy*, 2002. **13**(4): p. 285-295.
101. Tyndall, M.W., et al., *Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic*. *Aids*, 2003. **17**(6): p. 887-893.
102. Miller, C.L., et al., *Binge Drug Use Independently Predicts HIV Seroconversion Among Injection Drug Users: Implications for Public Health Strategies*. *Substance Use & Misuse*, 2006. **41**(2): p. 199-210.
103. Hudgins, R., J. McCusker, and A. Stoddard, *Cocaine use and risky injection and sexual behaviors*. *Drug and Alcohol Dependence*, 1995. **37**(1): p. 7-14.
104. Brogly, S.B., et al., *HIV-positive notification and behavior changes in Montreal injection drug users*. *AIDS Education and Prevention*, 2002. **14**(1): p. 17-28.

105. Bruneau, J., et al., *High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study*. American Journal of Epidemiology, 1997. **146**(12): p. 994-1006.
106. Bruneau, J., et al., *Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal*. Cmaj, 2001. **164**(6): p. 767-773.
107. Schechter, M.T., et al., *Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: An investigation of the Vancouver outbreak*. AIDS (Hagerstown), 1999. **13**(6): p. F45-F51.
108. Strathdee, S.A., et al., *Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study*. Aids, 1997. **11**(8): p. F59-F65.
109. Buchanan, D., et al., *Demographic, HIV risk behavior, and health status characteristics of "crack" cocaine injectors compared to other injection drug users in three New England cities*. Drug Alcohol Depend., 2006. **81**(3): p. 221-229.
110. Roy, E., et al., *Prevalence and temporal trends of crack injection among injection drug users in eastern central Canada*. Drug and Alcohol Dependence, 2013. **133**(1): p. 275-278.
111. Marshall, B.D. and D. Werb, *Health outcomes associated with methamphetamine use among young people: a systematic review*. Addiction (Abingdon, England), 2010. **105**(6): p. 991-1002.
112. Anderson, R. and N. Flynn, *The methamphetamine-HIV connection in Northern California*, in *Amphetamine Misuse: International Perspectives on Current Trends*, H.E. Klee, Editor. 1997, Harwood Academic Publishers: Netherlands. p. 181-196.
113. Semple, S.J., T.L. Patterson, and I. Grant, *Motivations associated with methamphetamine use among HIV+ men who have sex with men*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2002. **22**(3): p. 149-156.
114. Boddiger, D., *Metamphetamine use linked to rising HIV transmission*. Lancet, 2005. **365**(9466): p. 1217-1218.
115. Jarlais, D.C.D., et al., *Racial and ethnic disparities and implications for the prevention of HIV among persons who inject drugs*. Current Opinion in HIV and AIDS, 2012. **7**(4): p. 354-361.
116. Pharris, A., et al., *Human immunodeficiency virus in injecting drug users in Europe following a reported increase of cases in Greece and Romania, 2011*. Euro Surveill., 2011. **16**(48).
117. Gossop, M., et al., *Severity of heroin dependence and HIV risk. II. Sharing injecting equipment*. AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 1993. **5**(2): p. 159-168.
118. Darke, S., W. Hall, and J. Carless, *Drug use, injecting practices and sexual behaviour of opioid users in Sydney, Australia*. Br J Addict., 1990. **85**(12): p. 1603-1609.
119. Nelson, K.E., et al., *Temporal trends in the incidence of human immunodeficiency virus infection and risk behavior among injection drug users in Baltimore, Maryland, 1988-1998*. American Journal of Epidemiology, 2002. **156**(7): p. 641-653.
120. Degenhardt, L. and W. Hall, *Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease*. Lancet (North American Edition), 2012. **379**(9810): p. 55-70.

121. Talu, A., et al., *HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention*. International Journal of Drug Policy, 2010. **21**(1): p. 56-63.
122. Novick, D.M., et al., *Cocaine injection and ethnicity in parenteral drug users during the early years of the human immunodeficiency virus (HIV) epidemic in New York City*. Journal of Medical Virology, 1989. **29**(3): p. 181-185.
123. Kozlov, A.P., et al., *HIV incidence and behavioral correlates of HIV acquisition in a cohort of injection drug users in St Petersburg, Russia*. Medicine (Baltimore), 2016. **95**(44): p. e5238.
124. Abou-Saleh, M.T. and S. Foley, *Prevalence and incidence of hepatitis C in drug users: A review*. Addictive Disorders and their Treatment, 2008. **7**(4): p. 190-198.
125. Maher, L., et al., *Impact of a reduction in heroin availability on patterns of drug use, risk behaviour and incidence of hepatitis C virus infection in injecting drug users in New South Wales, Australia*. Drug and Alcohol Dependence, 2007. **89**(2-3): p. 244-250.
126. Thorpe, L.E., et al., *Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment*. American Journal of Epidemiology, 2002. **155**(7): p. 645-653.
127. Patrick, D.M., et al., *Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection*. Cmaj, 2001. **165**(7): p. 889-895.
128. Puzhko, S., et al., *Specific patterns of drug Co-use increase risk for hepatitis C virus infection in people who inject drugs*. Journal of Hepatology, 2015. **62**(Suppl. 2): p. S830–S831.
129. Craib, K.J., et al., *Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among Aboriginal young people who use drugs: results from the Cedar Project*. Open Medicine : A Peer-reviewed, Independent, Open-access Journal. **3**(4): p. e220-7.
130. D'Souza, G., et al., *Cross-sectional survey of the extent and indicators of hepatitis C virus infection in Houston Department of Health and Human Services' sexually transmitted disease clinics*. Journal of Viral Hepatitis, 2003. **10**(2): p. 134-140.
131. Jauffret-Roustide, M., et al., *A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design*. BMC Infect Dis., 2009. **9**: p. 113.
132. Cruz, M.F., et al., *Prevalence and associated factors of hepatitis C infection (HCV) in a multi-site Canadian population of illicit opioid and other drug users (OPICAN)*. Canadian journal of public health, 2007. **Revue canadienne de sante publique**. **98**(2): p. 130-133.
133. Sprauve, M.E., *Substance abuse and HIV pregnancy*. Clin Obstet Gynecol., 1996. **39**(2): p. 316-332.
134. Crowe, L.C. and W.H. George, *Alcohol and human sexuality: review and integration*. Psychological Bulletin, 1989. **105**(3): p. 374-386.
135. Booth, R.E., et al., *Stimulant injectors in Ukraine: The next wave of the epidemic?* AIDS and Behavior, 2008. **12**(4): p. 652-661.

136. Braine, N., et al., *HIV risk behavior among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs*. AIDS Education and Prevention, 2005. **17**(6): p. 515-524.
137. Shoptaw, S. and C.J. Reback, *Methamphetamine use and infectious disease-related behaviors in men who have sex with men: implications for interventions*. Addiction, 2007. **102**(Suppl 1): p. 130–135.
138. Sterk, C., *Cocaine and HIV seropositivity*. Lancet, 1988. **1**(8593): p. 1052-1053.
139. Bux, D.A., R.J. Lamb, and M.Y. Iguchi, *Cocaine use and HIV risk behavior in methadone maintenance patients*. Drug and Alcohol Dependence, 1995. **37**: p. 29-35.
140. Booth, R.E., J.K. Watters, and D.D. Chitwood, *HIV risk-related sex behaviors among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack*. Am J Public Health, 1993. **83**(8): p. 1144–1148.
141. Tyndall, M.W., et al., *Risky sexual behaviours among injection drugs users with high HIV prevalence: implications for STD control*. Sex Transm Infect., 2002. **78**(Suppl. 1): p. 170-175.
142. Mirin, S.M., et al., *Opiate use and sexual function*. Am J Psychiatry, 1980. **137**(8): p. 909-915.
143. Greenfield, L., G.E. Bigelow, and R.K. Brooner, *HIV risk behavior in drug users: Increased blood 'booting' during cocaine injection*. AIDS Education and Prevention, 1992. **4**(2): p. 95-107.
144. Academy for Educational Development's, *Comprehensive Approach: Preventing Blood-Borne Infections Among Injection Drug Users*. 2000.
145. Koester, S., *Following the blood: syringe reuse leads to blood-borne virus transmission among injection drug users*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology, 1998. **18**(Suppl 1): p. 139-140.
146. Normand, J., D. Vlahov, and L.E.e. Moses, *Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach*. National Academy Press ed. 1995, Washington (DC): National Research Council and Institute of Medicine.
147. Grund, J.P.C. and L.S. Stern, *Blood rests in Syringes; Not only the size matters, but also the type of syringe*. AIDS, 1991. **5**(12): p. 1532-1533.
148. Zule, W.A., et al., *Effects of a hepatitis C virus educational intervention or a motivational intervention on alcohol use, injection drug use, and sexual risk behaviors among injection drug users*. American Journal of Public Health and the Nations Health, 2009. **99**(Suppl1): p. 180-186.
149. Vickerman, P., N.K. Martin, and M. Hickman, *Could low dead-space syringes really reduce HIV transmission to low levels?* International Journal of Drug Policy, 2013. **24**(1): p. 8–14.
150. Bobashev, G.V. and W.A. Zule, *Modeling the effect of high deadspace syringes on the human immunodeficiency virus (HIV) epidemic among injecting drug users*. Addiction, 2010. **105**(8): p. 1439-1447.
151. Zule, W.A., D.P. Desmond, and J.A. Neff, *Syringe type and drug injector risk for HIV infection: a case study in Texas*. Soc Sci Med, 2002. **55**(7): p. 1103-1113.

152. Clatts, M.C., et al., *HIV-1 transmission in injection paraphernalia: Heating drug solutions may inactivate HIV-1*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 1999. **22**(2): p. 194-199.
153. Ciccarone, D., *Heroin in brown, black and white: Structural factors and medical consequences in the US heroin market*. International Journal of Drug Policy, 2009. **20**(3): p. 277-282.
154. Tjøtta, E., O. Hungnes, and B. Grinde, *Survival of HIV-1 activity after disinfection, temperature and pH changes, or drying*. J Med Virol., 1991. **35**(4): p. 223-227.
155. Schoenbaum, E.E., et al., *Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users*. New England Journal of Medicine, 1989. **321**(13): p. 874-879.
156. Friedman, S.R., et al., *Risk factors for human immunodeficiency virus seroconversion among out-of-treatment drug injectors in high and low seroprevalence cities*. Am J Epidemiol., 1995. **142**(8): p. 864-874.
157. National Academy of Sciences, *AIDS, Sexual Behavior, and Intravenous Drug Use*, ed. S. Committee on AIDS Research and the Behavioral, and Statistical Sciences. 1989, Washington, D.C.: Committee on AIDS Research and the Behavioral, Social, and Statistical Sciences; National Research Council.
158. Guichard, A., et al., *Risk Factors Associated with Unsafe Injection Practices at the First Injection Episode among Intravenous Drug Users in France: Results from PrimInject, an Internet Survey*. Journal of Addiction Print. **2015**: p. 507214.
159. Zule, W.A. and D.P. Desmond, *An ethnographic comparison of HIV risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors*. Am J Drug Alcohol Abuse, 1999. **25**(1): p. 1-23.
160. Anthony, J.C., et al., *New evidence on intravenous cocaine use and the risk of infection with human immunodeficiency virus type 1*. Am J Epidemiol., 1991. **134**(10): p. 1175-1189.
161. West, R. and M. Gossop, *Overview: a comparison of withdrawal symptoms from different drug classes*. Addiction, 1994. **89**(11): p. 1483-1489.
162. Havens, J.R., C.B. Oser, and C.G. Leukefeld, *Injection risk behaviors among rural drug users: implications for HIV prevention*. AIDS Care, 2011. **23**(5): p. 638-645.
163. Darke, S., S. Kaye, and L. Topp, *Cocaine use in New South Wales, Australia, 1996-2000: 5 year monitoring of trends in price, purity, availability and use from the illicit drug reporting system*. Drug and Alcohol Dependence, 2002. **67**(1): p. 81-88.
164. Wood, E., et al., *Factors associated with persistent high-risk syringe sharing in the presence of an established needle exchange programme*. Aids, 2002. **16**(6): p. 941-943.
165. Chitwood, D.D., C.B. McCoy, and M. Comerford, *Risk behaviors of intravenous cocaine users: Implications for intervention*, in *AIDS and Intravenous Drug Use: Future Directions for Community-Based Prevention Research* R.J.B. C. G. Leukefeld, and Z. Amsel, Editor. 1990, DHHS Publication: Washington, DC. p. 120-133.

166. Neaigus, A., et al., *Using dyadic data for a network analysis of HIV infection and risk behaviours among injecting drug users*, in *Social Networks, Drug Abuse, and HIV Transmission*, N.I.o.D. Abuse, Editor. 1995: United States. p. 20-37.
167. Sherman, S.G., C.A. Latkin, and A.C. Gielen, *Social factors related to syringe sharing among injecting partners: A focus on gender*. *Substance Use and Misuse*, 2001. **36**(14): p. 2113-2136.
168. Wood, E., et al., *Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: Could safer injecting rooms help?* *Cmaj*, 2001. **165**(4): p. 405-410.
169. Institut national de santé publique du Québec, *Rapport intégré des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*, in *Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang*. 2012: Québec.
170. Glantz, J.C. and J.R.J. Woods, *Cocaine, heroin, and phencyclidine: obstetric perspectives*. *Clin Obstet Gynecol.*, 1993. **36**(2): p. 279-301.
171. Spittal, P.M., et al., *How otherwise dedicated AIDS prevention workers come to support state-sponsored shortage of clean syringes in Vancouver, Canada*. *International Journal of Drug Policy*, 2004. **15**(1): p. 36-45.
172. Roy, E., et al., *Le "partage" des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogues injectables de Montréal*. *Drogues, santé et société*, 2003. **2**(1): p. 1-20.
173. Bélanger, D., M. Alary, and G. Godin, *Identification of the Predictors of Sharing Injection Material*, in *The XI International Conference on AIDS*. 1996: Vancouver.
174. Maher, L., et al., *Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia*. *Addiction*, 2006. **101**(10): p. 1499-1508.
175. Debrus, M., *Impact de nouveaux outils sur les risques de l'injection. Gestion des risques liés au saignement après l'injection - Prévention des risques de partage accidentel ou de confusion - Rapport d'enquête*. 2008, Apothicom: Paris.
176. Rhodes, T., et al., *Injecting Equipment Sharing among Injecting Drug Users in Togliatti City, Russian Federation: Maximizing the Protective Effects of Syringe Distribution*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004. **35**(3): p. 293-300.
177. Hausser, D., D. Kubler, and F. Dubois-Arber, *Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies, results from the Swiss Hidden Population Study*. *Sozial- und Präventivmedizin*, 1999. **44**(5): p. 222-232.
178. Bieleman, B., et al., *Lines Across Europe: Nature and Extent of Cocaine Use in Barcelona, Rotterdam and Turin*. 1993, Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
179. Santibanez, S.S., et al., *Prevalence and correlates of crack-cocaine injection among young injection drug users in the United States, 1997-1999*. *Drug Alcohol Depend*, 2005. **77**(3): p. 227-233.
180. Ivsins, A., et al., *An examination of injection drug use trends in Victoria and Vancouver, BC after the closure of Victoria's only fixed-site needle and syringe programme*. *Int J Drug Policy*, 2012. **23**(4): p. 338-440.

181. Sterk, C.E. and K.W. Elifson, *Fluctuating drug markets and HIV risk taking: Female drug users and their relationship with drug markets*. Medical Anthropology, 2000. **18**(4): p. 439-455.
182. Roy, E., et al., *Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montreal*. Drug & Alcohol Review, 2012. **31**(1): p. 72-80.
183. Strike, C., et al., *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – Partie 1*. 2013, Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada: Toronto.
184. Braine, N., et al., *Long-term effects of syringe exchange on risk behavior and HIV prevention*. AIDS Educ Prev., 2004. **16**(3): p. 264-275.
185. Roth, A.M., et al., *Patterns of Drug Use, Risky Behavior, and Health Status Among Persons Who Inject Drugs Living in San Diego, California: A Latent Class Analysis*. Subst Use Misuse, 2015. **50**(2): p. 205–214.
186. Molitor, F., et al., *Methamphetamine use and sexual and injection risk behaviors among out-of-treatment injection drug users*. Am J Drug Alcohol Abuse, 1999. **25**(3): p. 475-493.
187. Kral, A.H., et al., *HIV prevalence and risk among heterosexual methamphetamine injectors in California*. Subst Use Misuse, 2011. **46**(9): p. 1081-1089.
188. National Institute on Drug Abuse, *Methamphetamine*, in *NIDA Research Report Series*. 2013, National Institutes of Health.
189. Ropelewski, L.R., et al., *Correlates of risky injection practices among past-year injection drug users among the US general population*. Drug Alcohol Depend, 2011. **116**(1-3): p. 64-71.
190. Booth, R.E., et al., *Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites*. AIDS, 2006. **20**(17): p. 2217-2223.
191. Smolka, M. and L.G. Schmidt, *The influence of heroin dose and route of administration on the severity of the opiate withdrawal syndrome*. Addiction, 1999. **94**(8): p. 1191-1198.
192. Jaffe, J.H., *Drug addiction and drug abuse*, in *The Pharmacologic Basis of Therapeutics, 8th ed*, A.G. Gilman, et al., Editors. 1990, Pergamon Press: New York. p. 522.
193. Connors, M.M., *Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: Implications for AIDS prevention*. Soc Sci Med., 1992. **34**(6): p. 591-601.
194. Rhodes, T. and C. Treloar, *The social production of hepatitis C risk among injecting drug users: a qualitative synthesis*. Addiction, 2008. **103**(10): p. 1593-1603.
195. Ross, M.W., et al., *Explanations for sharing injection equipment in injecting drug users and barriers to safer drug use*. Addiction, 1994. **89**(4): p. 473-479.
196. Booth, R.E., *Predictors of unsafe needle practices: Injection drug users in Denver*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1994. **7**(5): p. 504-508.
197. Baker, A., et al., *Drug use and HIV risk-taking behaviour among injecting drug users not currently in treatment in Sydney, Australia*. Drug Alcohol Depend, 1994. **34**(2): p. 155-160.



198. Jutras-Aswad, D.M.D.M., G.M. Zang, and J.M.D.M. Bruneau, *Cannabis Use Correlates of Syringe Sharing among Injection Drug Users*. The American Journal on Addictions May/June, 2010. **19**(3): p. 231-237.
199. Mateu-Gelabert, P., et al., *Strategies to Avoid Opiate Withdrawal: Implications for HCV and HIV Risks*. Int J Drug Policy, 2010. **21**(3): p. 179–185.
200. Bourgois, P., *The moral economies of homeless heroin addicts: confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco shooting encampments*. Substance Use & Misuse, 1998. **33**(11): p. 2323-51.
201. Bourgois, P., *Theory, method, and power in drug and HIV-prevention research: A participant-observer's critique*. Substance Use and Misuse, 1999. **34**(14): p. 2155-2172.
202. Stimson, G. and E. Oppenheimer, *Heroin Addiction: Treatment and Control in Britain*. 1982, London: Routledge Kegan & Paul.
203. National Institute on Drug Abuse, *Heroin*, in *NIDA Research Report Series*. 2014, National Institutes of Health.
204. Leri, F., et al., *Heroin and cocaine co-use in a group of injection drug users in Montreal*. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 2004. **29**(1): p. 40-47.
205. Iversen, J., et al., *High risk injecting behaviour among people who inject pharmaceutical opioids in Australia*. Int J Drug Policy, 2017. **42**: p. 1-6.
206. International Narcotics Control Board, *Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2014, Statistics for 2012*. 2013, United Nations: Vienna (Austria).
207. Gustein, H.B. and H. Akil, *Opioid analgesics*, in *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics, 10th ed.*, G. Hardman and L.E. Limbird, Editors. 2001, McGraw-Hill: New York. p. 569–619.
208. Leri, F., et al., *Patterns of opioid and cocaine co-use: A descriptive study in a canadian sample of untreated opioid-dependent individuals*. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 2005. **13**(4): p. 303-310.
209. Klee, H., et al., *AIDS related risk behavior, polydrug use and temazepam*. British Journal of Addiction, 1990. **85**(9): p. 1125-1132.
210. Drake, S., et al., *Drug use, HIV risk-taking and psychosocial correlates of benzodiazepine use among methadone maintenance clients*. Drug Alcohol Depend, 1993. **34**(1): p. 67-70.
211. Leclerc, P., et al., *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014*. 2015, Institut national de santé publique du Québec: Québec.
212. Lankenau, S., *On ketamine: In and out of the k hole*, in *Drugs, clubs and young people: Sociological and public health perspectives*, B. Sanders, Editor. 2006, Ashgate Publishers: Aldershot, UK. p. 77-87.
213. Dinwiddie, S.H., et al., *Psychopathology and HIV risk behaviors among injection drug users in and out of treatment*. Drug Alcohol Depend, 1996. **43**(1-2): p. 1-11.

214. Frank, B. and J. Galea, *Cocaine trends and other drug trends in New York City, 1986-1994*. Journal of Addictive Diseases, 1996. **15**(4): p. 1-12.
215. Firestone, M. and B. Fischer, *A qualitative exploration of prescription opioid injection among street-based drug users in Toronto: Behaviours, preferences and drug availability*. Harm Reduction Journal, 2008. **5**(30).
216. Peters, A., T. Davies, and A. Richardson, *Multi-site samples of injecting drug users in Edinburgh: prevalence and correlates of risky injecting practices*. Addiction, 1998. **93**(2): p. 253-267.
217. De, P., et al., *The importance of social networks in their association to drug equipment sharing among injection drug users: A review*. Addiction, 2007. **102**(11): p. 1730-1739.
218. Hemby, S.E., et al., *Synergistic elevations in nucleus accumbens extracellular dopamine concentrations during self-administration of cocaine/heroin combinations (Speedball) in rats*. J Pharmacol Exp Ther., 1999. **288**(1): p. 274-280.
219. Kreek, M.J., *Opiate and Cocaine Addictions: Challenge for Pharmacotherapies*. Pharmacology Biochemistry and Behavior, 1997. **57**(3): p. 551-569.
220. Gleghorn, A.A., et al., *Association between drug use patterns and HIV risks among homeless, runaway, and street youth in northern California*. Drug Alcohol Depend, 1998. **51**(3): p. 219-227.
221. Fischer, B., N. Monga, and P. Manzoni, *Differences between co-users of cocaine and crack among Canadian illicit opioid users*. Sucht, 2005. **51**(4): p. 217-224.
222. Smyth, B.P., et al., *Knowledge Regarding Hepatitis C Among Injecting Drug Users*. Drugs: Education, Prevention and Policy, 1999. **6**(2): p. 257-264.

## **Chapitre 2 : Cadre théorique et question de recherche**

1. Degenhardt, L. and W. Hall, *Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease*. Lancet (North American Edition), 2012. **379**(9810): p. 55-70.
2. Schütz, A., *Le problème de la rationalité dans le monde social*, in *Essais sur le monde ordinaire*. 2007: Paris. p. 31-68.
3. Suddaby, R., *From the Editors: What Grounded Theory is Not*. Academy of Management Journal, 2006. **49**(4): p. 633-642.
4. Bouilloud, J.-P., *Le chercheur, un autobiographe malgré lui*, in *La sociologie clinique, Enjeux théoriques et méthodologiques*. 2007: Toulouse. p. 75-89.
5. Kandel, D.B. and M. Davies, *Friendship network, intimacy, and illicit drug use in young adulthood : a comparison of two competing theories*. Criminology, 1991. **29**(3): p. 441-469.
6. Adler, P., *Ethnographic Research on Hidden Populations: Penetrating the Drug World*, in *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*, E.Y. Lambert, Editor. 1990, National Institute on Drug Abuse: Rockville, MD. p. 96-112.

7. De Sardan, J.P.O. *La politique du terrain*. Enquête 1995; Available from: <http://enquete.revues.org/263>.
8. Stephens, R.C., *The street addict role: a theory of heroin addiction*. 1991, Albany, NY: State University of New York Press.
9. Briefer, J.-F., *Intégration sociale et psychopathologie chez les usagers de drogues*. Psychotropes, 2002. **8**: p. 23-41.
10. Lucchini, R., *Drogues et société, Essai sur la toxicodépendance*. Éditions Universitaires Fribourg Suisse ed. 1985, Fribourg, CH.
11. Griffiths, M., *A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework* Journal of Substance Use, 2005. **10**(4): p. 191-197.
12. Gibson, E.K., et al., *A mixed methods approach to delineating and understanding injection practices among clientele of a Victoria, British Columbia needle exchange program*. Drug and Alcohol Review, 2011. **30**(4): p. 360-365.
13. Savoie-Zajc, L., *Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ?* Recherches qualitatives, Hors Série, 2007. **5**: p. 99-111.
14. Mucchielli, A. and P. Paillé, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin ed. 2003, Paris.

### Chapitre 3 : Méthodologie

1. Wiebel, W.W., *Identifying and Gaining Access to Hidden Populations*, in *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. 1990, National Institute on Drug Abuse: Rockville, MD. p. 4-11.
2. Booth, R., et al., *Quantitative and qualitative methods to assess behavioral change among injection drug users*. Drugs & Society, 1993. **7**(3-4): p. 161-183.
3. Nations Unies, *Études d'évaluation thématique: approche qualitative de la collecte de données*. 2004, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime: Vienne.
4. Rhodes, T. and C. Treloar, *The social production of hepatitis C risk among injecting drug users: a qualitative synthesis*. Addiction, 2008. **103**(10): p. 1593-1603.
5. Sheard, L. and C. Tompkins, *Contradictions and misperceptions: An exploration of injecting practice, cleanliness, risk, and partnership in the lives of women drug users*. Qualitative Health Research, 2008. **18**(11): p. 1536-1547.
6. Fadel, R., *Cadre de référence - Optimisation des services de dépistage et de prévention des ITSS*. 2016, Ministère de la Santé et des Services sociaux: Montréal.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Oser faire autrement : Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS*, in *Collection Pour mieux travailler ensemble dans la lutte contre les ITSS*. 2014, Gouvernement du Québec: Québec.

8. Strathdee, S.A., et al., *Social determinants predict needle-sharing behaviour among injection drug users in Vancouver, Canada*. *Addiction*, 1997. **92**(10): p. 1339-1347.
9. Bruneau, J., et al., *High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study*. *American Journal of Epidemiology*, 1997. **146**(12): p. 994-1006.
10. Noël, L., et al., *Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle*. 2013, Institut National de Santé Publique du Québec: Québec.
11. Gouvernement du Québec, *Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé et de services sociaux*. 2014, Ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Sécurité publique: Québec.
12. Savoie-Zajc, L., *Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ?* Recherches qualitatives, Hors Série, 2007. **5**: p. 99-111.
13. Roy, E., et al., *Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montreal*. *Drug & Alcohol Review*, 2012. **31**(1): p. 72-80.
14. Needle, R.H., et al., *HIV risk behaviors associated with the injection process: Multiperson use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks*. *Substance Use and Misuse*, 1998. **33**(12): p. 2403-2423.
15. Bruneau, J., et al., *The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users*. *Addiction (Abingdon, England)*, 2012. **107**(7): p. 1318-1327.
16. Jin, H., et al., *Differences in HIV risk behaviors among people who inject drugs by gender and sexual orientation, San Francisco, 2012*. *Drug and Alcohol Dependence*, 2014. **145**: p. 180-184.
17. Bourgois, P. and J. Bruneau, *Needle exchange, HIV infection, and the politics of science: Confronting Canada's cocaine injection epidemic with participant observation*. *Medical Anthropology*, 2000. **18**(4): p. 325-350.
18. Booth, R.E., *Predictors of unsafe needle practices: Injection drug users in Denver*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994. **7**(5): p. 504-508.
19. Yin, R.K., *Applications of Case Study Research*. 2012, SAGE Publications Inc: United States of America.
20. Carlson, R.G., H.A. Siegal, and R.S. Falck, *Qualitative Research Methods in Drug Abuse and AIDS Prevention Research: An Overview*, in *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research*, E.Y. Lambert, R.S. Ashery, and R.H. Needle, Editors. 1995, National Institute on Drug Abuse: Rockville, MD.

21. Treloar, C., et al., *Broadening discussions of "safe" in hepatitis C prevention: A close-up of swabbing in an analysis of video recordings of injecting practice*. International Journal of Drug Policy, 2008. **19**(1): p. 59-65.
22. Clatts, M.C., et al., *An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: Reflections on the 'emergence' of crack injection*. International Journal of Drug Policy, 2002. **13**(4): p. 285-295.
23. Bruneau, J., et al., *Trends in human immunodeficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in Montreal, Canada: A 16-year longitudinal study*. American Journal of Epidemiology, 2011. **173**(9): p. 1049-1058.
24. Huo, D., et al., *Changes in the sharing of drug injection equipment among street-recruited injection drug users in Chicago, Illinois, 1994--1996*. Substance Use & Misuse, 2005. **40**(1): p. 63-76.

## Chapitre 5 : Discussion

1. Roy, E., et al., *Le "partage" des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogues injectables de Montréal*. Drogues, santé et société, 2003. **2**(1): p. 1-20.
2. Ciccarone, D., *Heroin in brown, black and white: Structural factors and medical consequences in the US heroin market*. International Journal of Drug Policy, 2009. **20**(3): p. 277-282.
3. Ciccarone, D. and P. Bourgois, *Explaining the Geographical Variation of HIV among Injection Drug Users in the United States*. Substance Use and Misuse, 2003. **38**(14): p. 2049-2063.
4. Grund, J.P., *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*. Vol. 4. 1993, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
5. Koester, S., *Copping, running, and paraphernalia laws: Contextual variables and needle Risk behavior among injection drug users in Denver*. Human Organization, 1994. **53**(3): p. 287-295.
6. Noël, L., et al., *Processus de marginalisation et risque pour le VIH chez les utilisateurs de drogues par injection*. Psychotropes, 2002. **8**(2): p. 7-27.
7. Bélanger, D., et al., *Prediction of Needle Sharing Among Injection Drug Users*. J Appl Soc Psychol., 2002. **32**(7): p. 1361-1379.
8. Caulkins, J.P. and D. Schoeff, *Drug prices and emergency department mentions for cocaine and heroin*. American Journal of Public Health, 2001. **91**(9): p. 1446-1448.
9. Zule, W.A., *Risk and reciprocity: HIV and the injection drug user*. Journal of Psychoactive Drugs, 1992. **24**(3): p. 243-249.
10. Koester, S. and L. Hoffer, *Indirect sharing: Additional HIV risks associated with drug injection*. AIDS Public Policy J, 1994. **9**(2): p. 100-105.
11. Koester, S., *Applying the Methodology of Participant Observation to the Study of Injection-Related HIV Risks*, in *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research*, E.Y. Lambert, R.S. Ashery, and R.H. Needle, Editors. 1995: Rockville (U.S.). p. 84-99.

12. Bourgois, P., *The moral economies of homeless heroin addicts: confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco shooting encampments*. Substance Use & Misuse, 1998. **33**(11): p. 2323-51.
13. Hahn, J.A., et al., *Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: Relationships and risks*. Journal of Infectious Diseases, 2002. **186**(11): p. 1558-1564.
14. Des Jarlais, D.C., K. Dehne, and J. Casabona, *HIV surveillance among injecting drug users*. Aids, 2001. **15**(SUPPL. 3): p. S13-S22.
15. Koester, S., J. Glanz, and A. Baron, *Drug sharing among heroin networks: Implications for HIV and hepatitis B and C prevention*. AIDS and Behavior, 2005. **9**(1): p. 27-39.
16. Jose, B., et al., *Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users*. AIDS, 1993. **7**(12): p. 1653-1660.
17. Academy for Educational Development's, *Comprehensive Approach: Preventing Blood-Borne Infections Among Injection Drug Users*. 2000.
18. Colon, H.M., *Joint drug purchases and drug preparation risk behaviors among Puerto Rican injection drug users*. AIDS and Behavior, 2001. **5**(1): p. 85-96.
19. Grund, J.P.C., et al., *Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: Patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens*. Social Science and Medicine, 1996. **42**(5): p. 691-703.
20. Fernandez, F., *Les modalités de la prise de risques sanitaires chez les primo-injecteurs*, in *Département de sociologie*. 2000, Université de Toulouse le Mirail: Toulouse.
21. Chitwood, D.D., C.B. McCoy, and M. Comerford, *Risk behaviors of intravenous cocaine users: Implications for intervention*, in *AIDS and Intravenous Drug Use: Future Directions for Community-Based Prevention Research* R.J.B. C. G. Leukefeld, and Z. Amsel, Editor. 1990, DHHS Publication: Washington, DC. p. 120-133.
22. Jozaghia, E., R. Carleton, and M.A. Andresena, *Utility of the theory of planned behaviour for predicating needle sharing among injection drug users*. Journal of Substance Use, 2015. **21**(3): p. 249-256.
23. Morris, M.D., et al., *Intimate injection partnerships are at elevated risk of high-risk injecting: A multi-level longitudinal study of HCV-serodiscordant injection partnerships in San Francisco, CA*. PLoS ONE, 2014. **9** (10) (no pagination)(e109282).
24. Thorpe, L.E., et al., *Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment*. American Journal of Epidemiology, 2002. **155**(7): p. 645-653.
25. Gossop, M., et al., *Continuing drug risk behaviour: shared use of injecting paraphernalia among London heroin injectors*. AIDS Care, 1997. **9**(6): p. 651-660.
26. Noël, L., Laforest, J., Allard, P.R., *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC, Revue systématique de la littérature et validation empirique*. 2007, Institut national de santé publique du Québec.

27. Turner, C.F., H.G. Miller, and L.E. Moses, *AIDS, Sexual Behavior, and Intravenous Drug Use*, ed. S. Committee on AIDS Research and the Behavioral, and Statistical Sciences. 1989, Washington, D.C.: National Academy of Sciences.
28. Strathdee, S.A., et al., *Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study*. *Aids*, 1997. **11**(8): p. F59-F65.
29. Schechter, M.T., et al., *Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: An investigation of the Vancouver outbreak*. *AIDS (Hagerstown)*, 1999. **13**(6): p. F45-F51.
30. Darke, S., S. Kaye, and L. Topp, *Cocaine use in New South Wales, Australia, 1996-2000: 5 year monitoring of trends in price, purity, availability and use from the illicit drug reporting system*. *Drug and Alcohol Dependence*, 2002. **67**(1): p. 81-88.
31. Lankenau, S., et al., *Crack cocaine injection practices and HIV risk: Findings from New York and Bridgeport*. *Journal of Drug Issues*, 2004. **34**(2): p. 319–332.
32. Miller, C.L., et al., *Binge Drug Use Independently Predicts HIV Seroconversion Among Injection Drug Users: Implications for Public Health Strategies*. *Substance Use & Misuse*, 2006. **41**(2): p. 199-210.
33. Tyndall, M.W., et al., *Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic*. *Aids*, 2003. **17**(6): p. 887-893.
34. Moeller, F.G., et al., *Reduced anterior corpus callosum white matter integrity is related to increased impulsivity and reduced discriminability in cocaine-dependent subjects: diffusion tensor imaging*. *Neuropsychopharmacology*, 2005. **30**(3): p. 610–617.
35. Colzato, L.S., W.P. van den Wildenberg, and B. Hommel, *Impaired inhibitory control in recreational cocaine users*. *Public Library of Science ONE*, 2007. **2**(11): p. 1143.
36. Lane, S.D., et al., *Performance of cocaine dependent individuals and controls on a response inhibition task with varying levels of difficulty*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2007. **33**(5): p. 717–726.
37. Cohen, S., *Reinforcement and Rapid Delivery Systems: Understanding Adverse Consequences of Cocaine*, in *Cocaine Use in America: Epidemiologic and Clinical Perspectives*, N.J. Kozel and E.H. Adams, Editors. 1985, National Institute on Drug Abuse: Rockville, Maryland. p. 151-157.
38. Roy, E., N. Arruda, and P. Bourgois, *The growing popularity of prescription opioid injection in downtown Montreal: new challenges for harm reduction*. *Substance use & misuse*, 2011. **46**(9): p. 1142-1150.
39. Pates, R. and D. Riley, *Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behavior*. Addiction Press ed. 2012, London, UK.
40. Lankenau, S.E., et al., *The first injection event: Differences among heroin, methamphetamine, cocaine, and ketamine initiates*. *J Drug Issues*, 2010. **40**(2): p. 241–262.
41. Booth, R.E., et al., *Stimulant injectors in Ukraine: The next wave of the epidemic?* *AIDS and Behavior*, 2008. **12**(4): p. 652-661.

42. Anderson, R. and N. Flynn, *The methamphetamine-HIV connection in Northern California*, in *Amphetamine Misuse: International Perspectives on Current Trends*, H.E. Klee, Editor. 1997, Harwood Academic Publishers: Netherlands. p. 181-196.
43. van Griensvan, F., et al., *Lack of increased HIV risk behavior among injection drug users participating in the AIDSVAX B/E HIV vaccine trial in Bangkok, Thailand*. *AIDS* (London, England), 2004. **18**(2): p. 295-301.
44. Boddiger, D., *Metamphetamine use linked to rising HIV transmission*. *Lancet*, 2005. **365**(9466): p. 1217-1218.
45. Semple, S.J., T.L. Patterson, and I. Grant, *Motivations associated with methamphetamine use among HIV+ men who have sex with men*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2002. **22**(3): p. 149-156.
46. Maher, L., et al., *Impact of a reduction in heroin availability on patterns of drug use, risk behaviour and incidence of hepatitis C virus infection in injecting drug users in New South Wales, Australia*. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007. **89**(2-3): p. 244-250.
47. Sterk, C.E. and K.W. Elifson, *Fluctuating drug markets and HIV risk taking: Female drug users and their relationship with drug markets*. *Medical Anthropology*, 2000. **18**(4): p. 439-455.
48. Sprauve, M.E., *Substance abuse and HIV pregnancy*. *Clin Obstet Gynecol.*, 1996. **39**(2): p. 316-332.
49. Spittal, P.M., et al., *How otherwise dedicated AIDS prevention workers come to support state-sponsored shortage of clean syringes in Vancouver, Canada*. *International Journal of Drug Policy*, 2004. **15**(1): p. 36-45.
50. Koester, S., R.E. Booth, and Y. Zhang, *The prevalence of additional injection-related HIV risk behaviors among injection drug users*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1996. **12**(2): p. 202-207.
51. Santé Canada. *À propos des opioïdes*. 2017 10 août 2017]; Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioïdes/apropos.html>.
52. Roy, E., et al., *Injection of drug residue as a potential risk factor for HCV acquisition among Montreal young injection drug users*. *Drug and Alcohol Dependence*, 2012. **126**(1-2): p. 246-250.
53. Stimson, G. and E. Oppenheimer, *Heroin Addiction: Treatment and Control in Britain*. 1982, London: Routledge Kegan & Paul.
54. Konigs, F., *Validating population surveys for the measurement of HIV/STD prevention indicators*. *AIDS*, 1995. **9**(4): p. 867-873.
55. De Irala, J., et al., *Reliability of self-reported human immunodeficiency virus risk behaviors in a residential drug treatment population*. *Am. J. Epidemiol.*, 1996. **143**(7): p. 725-732.
56. Darke, S., *Self-report among injecting drug users: a review*. *Drug Alcohol Depend.*, 1998. **51**(3): p. 253-263.
57. Latkin, C.A., D. Vlahov, and J.C. Anthony, *Socially desirable responding and self-reported HIV infection risk behaviors among intravenous drug users*. *Addiction*, 1993. **88**(4): p. 517-526.



58. Hagan, H. and H. Thiede, *Changes in injection risk behavior associated with participation in the Seattle needle-exchange program*. Journal of Urban Health, 2000. **77**(3): p. 369-382.
59. Jin, H., et al., *Differences in HIV risk behaviors among people who inject drugs by gender and sexual orientation, San Francisco, 2012*. Drug and Alcohol Dependence, 2014. **145**: p. 180-184.
60. Hausser, D., D. Kubler, and F. Dubois-Arber, *Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies, results from the Swiss Hidden Population Study*. Sozial- und Präventivmedizin, 1999. **44**(5): p. 222-232.
61. Barnard, M.A., *Needle sharing in context: Patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks*. Addiction, 1993. **88**(6): p. 805-812.
62. Noël, L., D. Gagnon, and R. Cloutier, *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites B et C auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection au Québec. Avril 2011 à mars 2012*. 2013, Institut National de Santé Publique du Québec: Québec.
63. Singer, M., et al., *The social geography of AIDS and hepatitis risk: Qualitative approaches for assessing local differences in sterile-syringe access among injection drug users*. American Journal of Public Health, 2000. **90**(7): p. 1049-1056.
64. Chitwood, D.D., *Patterns and Consequences of Cocaine Use*, in *Cocaine Use in America: Epidemiologic and Clinical Perspectives*, N.J. Kozel and E.H. Adams, Editors. 1985, National Institute on Drug Abuse: Rockville, Maryland. p. 111-129.

## Conclusion

1. Singer, M., *Drug-use patterns: An ever-whirling wheel of change*. Medical Anthropology, 2000. **18**(4): p. 299-303.
2. Firestone, M. and B. Fischer, *A qualitative exploration of prescription opioid injection among street-based drug users in Toronto: Behaviours, preferences and drug availability*. Harm Reduction Journal, 2008. **5**(30).
3. United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2015*. 2015: Vienna.
4. Leclerc, P., et al., *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014*. 2015, Institut national de santé publique du Québec: Québec.
5. Thiede, H., et al., *Prevalence and correlates of indirect sharing practices among young adult injection drug users in five U.S. cities*. Drug and Alcohol Dependence, 2007. **91**(Suppl 1): p. S39–S47.
6. Clatts, M.C., et al., *An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: Reflections on the 'emergence' of crack injection*. International Journal of Drug Policy, 2002. **13**(4): p. 285-295.

7. Stone, A.A. and S. Shiffman, *Ecological Momentary Assessment (EMA) in behavioural medicine*. *Annals of Behavioural Medicine*, 1994. **16**(3): p. 199–202.

# ANNEXE I : Fiches des épisodes de consommation

## Christian

### Épisodes de partage

<i>Substance</i> <b>Morphine</b>	<i>Forme</i> <b>Gélule composée de microgranules</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Contenant de dissolution - Eau</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>État de sevrage, anxieux, désir d'immédiateté</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 ami</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Pas assez de drogue en leur possession, besoin de partager la gélule en deux parts égales</b>	

<i>Substance</i> <b>Amphétamine</b>	<i>Forme</i> <b>Comprimé</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Contenant de dissolution - Filtre - Eau</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Épuisé, frustré, se sentant harcelé, désir d'immédiateté</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>Sa copine</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Désir de s'en débarrasser, pour partager le comprimé</b>	

### Épisode de non-partage

<i>Substance</i> <b>Morphine</b>	<i>Forme</i> <b>Gélule composée de microgranules</b>
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>État de tranquillité</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 ami</b>
<i>Raisons évoquées du non-partage</i> <b>Chacun a de la drogue à profusion, personne n'est pressé</b>	

## Steeve

### Épisodes de partage

<i>Substance</i> <b>Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Contenant de dissolution - Filtre - Eau - Garrot</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Intoxiqué, confus</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 ami</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Un seul garrot, intoxication, confusion, état psychotique, grand désordre sur la table</b>	

<i>Substance</i> <b>Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Contenant de dissolution - Eau - Garrot</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Intoxiqué, anxieux de devoir initier les autres personnes à l'injection</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez une amie</b>	<i>Avec qui</i> <b>3 amis</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Un seul garrot, initiateur unique des injections, partage de la substance, amie en panique/urgence</b>	

### Épisode de non-partage

<i>Substance</i> <b>Méthamphétamine</b>	<i>Forme</i> <b>Cristaux</b>
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Peu intoxiqué, en contrôle de ses moyens</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez un ami</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 amant</b>
<i>Raisons évoquées du non-partage</i> <b>Consommation plus planifiée, la substance laisse un dépôt dégoûtant dans le contenant de dissolution, l'un nettoie tout après chaque injection</b>	

## Laurent

### Épisodes de partage

<i>Substance</i> <b>Héroïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Seringue</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>État de sevrage</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez un ami</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 ami</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>N'a pas eu sa méthadone, aucun matériel en sa possession, urgence de consommer à l'instant</b>	

<i>Substances</i> <b>Héroïne - Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Contenant de dissolution</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Intoxiqué à plusieurs substances</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>4 amies</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Matériel répandu un peu partout, confusion</b>	

### Épisode de non-partage

<i>Substance</i> <b>Héroïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>À jeun</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 amie</b>
<i>Raisons évoquées du non-partage</i> <b>Substance associée à l'intimité, se retire pour s'injecter, pas dans l'urgence, suffisamment de matériel</b>	

## Larry

### Épisodes de partage

<i>Substance</i> <b>Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Contenant de dissolution - Eau - Garrot</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Mauvaise humeur, il “court après son buzz”</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 ami</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Ami inexpérimenté, préparation simultanée d'injections et de crack pour l'inhalation, l'autre personne possède la majeure partie de la drogue</b>	

<i>Substance</i> <b>Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Garrot</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Intoxiqué, bien</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez un ami</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 ami et 1 autre personne</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Inexpérience des autres personnes, procède à ses injections et à celles des autres personnes</b>	

### Épisode de non-partage

<i>Substance</i> <b>Héroïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Positivement surpris de l'effet de la substance car sur la méthadone</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez une connaissance (ami de consommation)</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 connaissance (ami de conso)</b>
<i>Raisons évoquées du non-partage</i> <b>Beaucoup de matériel, l'autre personne est expérimentée, moins de proximité avec elle</b>	

## Marc

### Épisodes de partage

<i>Substances</i> <b>Cocaïne - Morphine</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre - Comprimé</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Garrot</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Intoxiqué</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez des amis de consommation</b>	<i>Avec qui</i> <b>2 amis de consommation</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Pas assez de garrots, croyance que ce n'est pas si grave, effet anti-anxiété de la morphine, les autres personnes avaient un bel appartement donc possiblement pas le VIH</b>	

### Épisode de non-partage

<i>Substance</i> <b>Méthamphétamine</b>	<i>Forme</i> <b>Cristaux</b>
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Intoxiqué</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chambrette d'un sauna</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 client</b>
<i>Raisons évoquées du non-partage</i> <b>Suffisamment de matériel pour leur unique injection, croyance que le manque d'expérience du client le prédisposait moins au partage, ne connaissait pas cette personne initialement</b>	

## Hugo

### Épisodes de partage

<i>Substance</i> <b>Hydromorphe contin</b>	<i>Forme</i> <b>Gélule composée de microgranules</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Seringue - Contenant de dissolution - Filtre - Eau</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Craving, stress de se faire surprendre</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>Sa copine</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Partage plus souvent avec sa copine par confiance, manque de matériel, nécessité d'avoir la même quantité de substance, plusieurs injections lors de l'épisode, pratique du wash</b>	

<i>Substance</i> <b>Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Seringue - Contenant de dissolution - Filtre - Eau</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Insouciance, sentiment d'invisibilité, crainte de se faire surprendre, craving</b>	
<i>Lieux</i> <b>Sur la rue, derrière une poubelle</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 connaissance</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Manque de matériel, nécessité de donner une « cote » à celui qui a trouvé la drogue</b>	

### Épisode de non-partage

<i>Substance</i> <b>Hydromorphe</b>	<i>Forme</i> <b>Comprimé</b>
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Pas en urgence, tranquille</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 colocataire</b>
<i>Raisons évoquées du non-partage</i> <b>Beaucoup de matériel, beaucoup de drogue, sécurité du lieu</b>	



## Gaétan

### Épisodes de partage

<i>Substance</i> <b>Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Contenant de dissolution - Eau</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Anxieux, craving</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez une amie</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 amie</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Pour partager la substance</b>	

<i>Substance</i> <b>Hydromorphe contin</b>	<i>Forme</i> <b>Gélule composée de microgranules</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Contenant de dissolution</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>État de sevrage</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui ou chez une amie</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 amie</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Symptômes de sevrage, pratique du wash</b>	

### Épisode de non-partage

<i>Substance</i> <b>Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Déprimé, désir de fuir, anxieux</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 amie</b>
<i>Raisons évoquées du non-partage</i> <b>Grande quantité de drogue possédée par chacune des personnes</b>	

## Francis

### Épisodes de partage

<i>Substance</i> <b>Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Seringue - Contenant de dissolution - Filtre - Eau</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Hyperactif, pressé, craving</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 connaissance</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Partage de la substance, un seul a du matériel</b>	

<i>Substance</i> <b>Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Seringue</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Pressé, anxiété, craving</b>	
<i>Lieux</i> <b>Dans une piaule (crack house)</b>	<i>Avec qui</i> <b>Plusieurs consommateurs par inhalation</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Manque de matériel, milieu hostile à l'injection</b>	

### Épisode de non-partage

*(Cet épisode ne respecte pas les critères d'admissibilité de la recherche puisqu'il se déroule en l'absence de toute autre personne susceptible de consommer des drogues par injection. Des informations pertinentes à la compréhension du sujet d'étude y furent cependant extraites)*

<i>Substance</i> <b>Cocaïne</b>	<i>Forme</i> <b>Poudre</b>
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Anxieux, pressé</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez lui</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 intervenant ayant rechuté</b>
<i>Raisons évoquées du non-partage</i> <b>Suffisamment de matériel, l'autre personne ne s'injecte plus mais inhale la cocaïne</b>	

## Robin

### Épisodes de partage :

<i>Substance</i> <b>Hydromorphe contin</b>	<i>Forme</i> <b>Gélule composée de microgranules</b>
<i>Type de matériel partagé</i> <b>Seringue - Contenant de dissolution - Filtre - Eau</b>	
<i>État psychologique/émotionnel</i> <b>Préparé</b>	
<i>Lieux</i> <b>Chez un ami</b>	<i>Avec qui</i> <b>1 ami</b>
<i>Raisons évoquées du partage</i> <b>Partage de la substance</b>	

### Épisode de non-partage

<i>Aucun</i>
--------------

## ANNEXE II : Grille d'entretien

Questions principales	Questions complémentaires
<p style="text-align: center;"><b><u>Épisode #1 de conso avec partage</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que tu peux me parler du dernier épisode d'injection où tu as partagé le matériel de consommation ?</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>-Court résumer du thème discuté avant de passer au prochain point-</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel était le contexte général lors de cet épisode ?</li> <li>• Avec qui consommais-tu?</li> <li>• Où consommais-tu?</li> <li>• Quelle substance consommais-tu ?</li> <li>• Dans quel état (psychologique, physique, intoxication) étais-tu ?</li> <li>• Avais-tu suffisamment de matériel de consommation en ta possession ?</li> <li>• Est-ce que d'autres personnes partageaient leur matériel de consommation autour de toi ?</li> <li>• Quel type de matériel as-tu partagé ?</li> <li>• Avec qui as-tu partagé (qui était cette personne par rapport à toi) ?</li> <li>• Qu'est-ce qui pourrait expliquer selon toi le partage du matériel auquel tu t'es adonné ?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>Épisode #2 de conso avec partage</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que tu peux me parler d'un autre épisode d'injection, qui a eu lieu dans les 6 derniers mois, où tu as partagé le matériel de consommation ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel était le contexte général lors de cet épisode ?</li> <li>• Avec qui consommais-tu?</li> <li>• Où consommais-tu?</li> <li>• Quelle substance consommais-tu ?</li> <li>• Dans quel état (psychologique, physique, intoxication) étais-tu ?</li> <li>• Avais-tu suffisamment de matériel de consommation en ta possession ?</li> <li>• Est-ce que d'autres personnes partageaient leur matériel de consommation autour de toi ?</li> </ul>

<p><i>-Court résumer du thème discuté avant de passer au prochain point-</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel type de matériel as-tu partagé ?</li> <li>• Avec qui as-tu partagé (qui était cette personne par rapport à toi) ?</li> <li>• Qu'est-ce qui pourrait expliquer selon toi le partage du matériel auquel tu t'es adonné ?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>Relations entre les deux épisodes de conso avec partage</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les <b>points communs</b> entre les deux épisodes de consommation avec partage de matériel ?</li> <li>• Quels sont les points différents entre les deux épisodes de consommation avec partage de matériel ?</li> </ul> <p><i>-Court résumer du thème discuté avant de passer au prochain point-</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En quoi les <b>points communs</b> entre les deux épisodes de consommation avec partage du matériel pourraient-ils expliquer l'acte du partage ?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>Épisode de conso sans partage</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que tu peux me parler du dernier épisode d'injection où tu n'as pas partagé le matériel de consommation (en excluant la conso en solitaire) ?</li> </ul> <p><i>-Court résumer du thème discuté avant de passer au prochain point-</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel était le contexte général lors de cet épisode ?</li> <li>• Avec qui consommais-tu?</li> <li>• Où consommais-tu?</li> <li>• Quelle substance consommais-tu ?</li> <li>• Dans quel état (psychologique, physique, intoxication) étais-tu ?</li> <li>• Avais-tu suffisamment de matériel de consommation en ta possession ?</li> <li>• Est-ce que d'autres personnes partageaient leur matériel de consommation autour de toi ?</li> <li>• Qu'est-ce qui pourrait expliquer selon toi que tu n'aies partagé aucun matériel de consommation ?</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b><u>Relations entre le ou les épisodes de consommation avec partage et l'épisode de conso sans partage</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les points communs entre le ou les épisodes de consommation avec partage et l'épisode de consommation sans partage de matériel de consommation?</li> <li>• Quels sont les <b>points différents</b> entre le ou les épisodes de consommation avec partage et l'épisode de consommation sans partage de matériel de consommation?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon toi, en quoi les <b>points différents</b> que tu viens de nommer pourraient expliquer pourquoi il y a eu partage dans une situation et pas dans l'autre ?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>Relation à la drogue consommée</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour chacun des différents épisodes de consommation (avec ou sans partage), en quoi la substance consommée aurait-elle pu jouer un rôle dans le partage ou le non-partage du matériel de consommation ?</li> </ul> <p><i>-Repasser sur chacun des différents épisodes, à tour de rôle-</i></p> <p><i>-Court résumer du thème discuté avant de passer au prochain point-</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que les effets de la substance consommée (ex : buzz, effet de manque, craving) pourraient avoir joué un rôle ?</li> <li>• Est-ce que la composition de la substance consommée (ex : forme (cachet, gélule, timbre, poudre...), dosage) pourrait avoir joué un rôle ?</li> <li>• Est-ce que le contexte lié à la consommation de la substance (ex : moment festif, performance sexuelle, drogue servant à descendre d'un high) pourrait avoir joué un rôle ?</li> <li>• Est-ce que la manière dont tu as réussi à avoir la substance consommée (ex : disponibilité, prix, client, partner) pourrait avoir joué un rôle ?</li> </ul>

### Clôture

- Est-ce que tu as quelque chose d'autre à ajouter concernant les facteurs qui peuvent avoir influencé ton comportement de partage ou de non-partage du matériel de consommation lors des épisodes dont on a parlé ?

### **Questions démographiques :**

Âge : 18-24 ans / 25-34 ans / 35-44ans / 45 et plus

Depuis combien de temps te considères-tu comme un UDI actif ?

Fréquence d'injection moyenne : *tous les jours / 4 fois et + par semaine / 1 à 3 fois par semaine / 1 à 3 fois par mois / moins d'une fois par mois*

