

NOTE INTERDISCIPLINAIRE

Elimination de l'hépatite C chez les personnes qui injectent des drogues : identification des barrières et leviers à l'accès aux soins avec prise en compte de la question du genre

Ilhame ANWAR

Sous la direction de la Dre Perrine Roux, DR Inserm

Thèse réalisée au sein de l'UMR 1252, SESSTIM, Equipe SantéRcom, Marseille

Thèse financée par le Réseau Doctoral en Santé Publique de l'EHESP et l'ANRS-MIE

Table des matières

1.	Contexte -----	2
2.	Objectifs de la thèse -----	3
3.	Synthèse des résultats -----	3
4.	Interdisciplinarité et implications en santé publique -----	4
4.1.	Biostatistiques -----	4
4.2.	Sciences humaines et sociales -----	5
4.3.	Recherche communautaire et participative -----	5
4.4.	Politiques de santé -----	6
4.5.	Economie de la santé -----	6
5.	Références -----	7

1. Contexte

La stratégie mondiale de l'OMS, actualisée pour la période 2022-2030, a fixé des objectifs d'élimination du virus de l'hépatite C (VHC) d'ici 2030, soit une diminution de 90% des nouveaux cas et une diminution de 65% des décès (1). La France s'est fixée cet objectif à l'horizon 2025, objectif ambitieux mais qui semblait atteignable depuis l'arrivée fin 2013 des antiviraux à action directe (AAD), de nouveaux traitements efficaces et bien tolérés par les patient-es (2), mais initialement disponibles selon certains critères. Ce n'est qu'en 2016 que l'accès universel aux AAD a permis à toute personne ayant une infection chronique, indépendamment du stade de fibrose, de bénéficier du traitement, incluant alors les personnes utilisatrices de drogues (PUD) (3). Cet accès universel, suivi de la simplification du parcours de soins en 2019, ont permis des avancées en termes de prise en charge, notamment chez les PUD (amélioration du recours au dépistage, augmentation des initiations de traitement, meilleure connaissance de son statut sérologique) (4), ce qui a permis à la France de se positionner favorablement en vue de l'élimination de l'hépatite C.

Toutefois, des défis persistent chez les personnes qui injectent des drogues (PQID). En effet, la prévalence de l'infection chronique au VHC est estimée à environ 39% dans le monde et en Europe de l'Ouest (5) et les femmes qui injectent des drogues sont plus à risque de contamination au VHC que les hommes (6). En France, les dernières données disponibles chez les PQID rapportaient des prévalences élevées des anticorps (64%) (7) et de l'ARN viral (48%) (5). A cela s'ajoutent d'importantes disparités sur le territoire français concernant les dispositifs de prévention (insuffisance de Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) et couverture en matériel stérile d'injection non optimale) (8). La régularité du dépistage du VHC, recommandé tous les 6 mois, ne concernait qu'une PUD sur deux (9). D'après les données de l'enquête ENa-CAARUD de 2019 (9), 15% des PQID testées au moins une fois au cours de la vie se déclaraient porteuses du VHC. Parmi les 36% se déclarant guéries, la moitié d'entre elles l'a été grâce aux AAD, ceci étant en lien avec la mise en place de la stratégie d'accès universel aux AAD. Toutefois, les femmes ont moins accès aux nouveaux et anciens traitements que les hommes (10). De plus, les données en population générale du BEH de juillet 2023 (11) indiquaient une augmentation de l'activité de dépistage au cours de ces dernières années, avec toutefois une diminution des initiations au traitement depuis mi-2017, laissant penser à une diminution du réservoir, mais suggérant aussi des difficultés à atteindre une population plus éloignée des soins telles que les PUD.

D'après les données de la littérature internationale, les PQID (12,13) et particulièrement les femmes (14,15), présentent un accès limité aux services de santé et de réduction des risques (RdR), offrant entre autres moyens de prévention, dépistages et traitement contre l'hépatite C. Il semble ainsi important d'observer la cascade de soins du VHC au travers du prisme du genre, d'autant plus que les femmes qui injectent des drogues qui sont souvent invisibilisées dans les études. Au niveau individuel et interpersonnel, les barrières au dépistage et au traitement sont une méconnaissance de la maladie (16), la crainte du traitement et des effets indésirables (17,18) et le fait d'avoir un hébergement précaire (18). La distribution genrée des rôles sociaux accroît l'exposition des femmes au risque de contamination au VHC car elles sont plus susceptibles de se faire injecter par leur partenaire (19) et d'avoir des pratiques de partage de matériel (20). De plus, elles sont plus exposées aux violences physiques, sexuelles ou psychologiques, qui sont le reflet des inégalités de genre (19).

Au niveau structurel, une des barrières majeures est la stigmatisation et la discrimination venant des professionnel·les médico-sociaux envers les PQID (17,18). Les femmes font face à une stigmatisation plus importante de leurs usages de drogues que leurs homologues masculins provenant du monde médical et de leur entourage (19,21). On parle de « double stigma », lié à

l'intersection de leur identité de femme et de PQID (22). De ce fait, elles ne représentent qu'un quart des personnes reçues dans les structures de RdR (9). Les services proposés ne sont pas assez adaptés à leurs besoins (prise en charge des violences, proposition de services en santé sexuelle et reproductive, créneaux d'accueil spécifiques ...) et ce malgré certaines initiatives et des accueils spécifiques mis en places en France (23). Par ailleurs, les intervenant-es perçoivent également des barrières dans leur pratique professionnelle et évoquent un manque de personnel (24) ou un manque de formation pour prendre en charge l'hépatite C (25).

2. Objectifs de la thèse

Cette thèse avait pour objectif principal d'identifier les barrières et leviers d'accès à la prévention, au dépistage et au traitement du VHC chez les PQID, en mobilisant une approche intersectionnelle (26) prenant en compte les enjeux de genre et d'usage de drogues par injection, ainsi que le modèle socio-écologique de la santé (27). Utilisant des méthodes mixtes, elle visait spécifiquement à : 1) identifier les facteurs associés au dépistage récent du VHC à partir de l'étude transversale communautaire PrébupIV et de l'étude longitudinale COSINUS ; 2) explorer les parcours de soins des PQID et leur accès aux services de santé et de RdR à partir des 27 entretiens semi-directifs de l'étude BALADS et une sous-analyse de l'étude COSINUS ; 3) explorer les pratiques professionnelles des intervenant-es de terrain à partir des 3 focus groupes de l'étude BALADS.

3. Synthèse des résultats

Grâce à la mobilisation de méthodes mixtes, mes résultats ont montré l'existence de barrières à l'accès à la cascade de soins du VHC et aux services de RdR, à la fois communes à l'ensemble des PQID et spécifiques chez les femmes, ainsi que certains leviers.

Au niveau individuel, les barrières identifiées étaient l'âge (≥ 45 ans), avoir un emploi, et l'auto-stigmatisation liée à l'usage de drogues chez les hommes et à la fois liée au genre et à l'usage de drogues chez les femmes. Cette dernière découle de la stigmatisation sociétale de l'usage de drogues et impacte les capacités des personnes à s'engager dans une démarche de soins par l'auto-dévalorisation qu'elle crée. En miroir, un levier à la cascade de soins chez les femmes était le fait d'avoir dormi à la rue récemment, résultat qui est à mettre en lien avec les dispositifs d'aller-vers qui semblent faciliter l'accès au dépistage chez les femmes en situation de précarité. Le fait d'avoir réalisé une tentative de suicide au cours de la vie était une barrière au dépistage chez les femmes, et à l'inverse un levier chez les hommes, ce qui peut s'expliquer par le fait les femmes ayant un trouble en santé mentale présentent plus de difficultés à accéder aux services de santé et font face à plus de stigmatisation.

Au niveau interpersonnel, les barrières à la cascade de soins étaient la stigmatisation liée à l'usage de drogues venant de l'entourage (famille, ami-es, pair-es), et chez les femmes, la stigmatisation intersectionnelle (usages de drogues et genre), ainsi que le sentiment d'insécurité dans les structures et les violences basées sur le genre. Ces barrières spécifiques chez les femmes sont en lien avec la distribution genrée des rôles sociaux qui placent les femmes en situation de vulnérabilité par rapport aux hommes, et sont le reflet des inégalités de genre. En miroir, le levier identifié pour les femmes était l'autonomie dans leurs pratiques d'injection, qui s'avère être un moyen de se protéger des rapports de domination sexistes, mais aussi des risques infectieux via l'empowerment et l'adoption de stratégies de prévention (auto-injection, utilisation de matériel stérile à usage unique).

Au niveau institutionnel, les barrières à la cascade de soins et à l'accès aux structures de RdR étaient la stigmatisation et la discrimination liées à l'usage de drogues de la part des

professionnel·les médico-sociaux, et chez les femmes spécifiquement, la stigmatisation intersectionnelle (genre et usage de drogues). Ces expériences poussent les PQID à cacher leurs consommations et à éviter les structures de santé, d'autant plus pour les femmes faisant face à une stigmatisation plus importante du fait des normes de genre à l'œuvre dans la société et dans les milieux du soin. Également pour les femmes, l'absence de services adaptés à leurs besoins et de services de garde d'enfants pour le temps des consultations freinaient encore plus leur accès aux services. Les leviers identifiés étaient l'établissement d'une relation de confiance avec les professionnel·les qui permet aux PQID de discuter de leurs pratiques et de bénéficier de conseils et services adaptés (dépistage, traitement anti-VHC) et les dispositifs d'aller-vers qui permettent aux professionnel·les de rencontrer des personnes en situation de précarité plus éloignées des soins. Pour les hommes, deux leviers structurels facilitant le dépistage étaient la disponibilité des services de santé en prison et les services de RdR. Pour les femmes, la création d'espaces dédiés (non mixité/mixité choisie) avec garde d'enfants serait un levier pour améliorer leur accès aux services de RdR, dans lesquels elles sont encore sous-représentées.

Au niveau organisationnel, le levier identifié par les intervenant·es de terrain était le travail en réseau et la création de partenariats entre les institutions et les associations, permettant d'améliorer les parcours de soins des PQID. Au niveau politique, la barrière principale était la criminalisation de l'usage de drogues, qui place toutes les PQID en situation de vulnérabilité, notamment pour celles en situation de grande précarité et les femmes craignant les conséquences juridiques telles que la perte de la garde des enfants. Ainsi, plusieurs pistes d'action ont pu être envisagées afin d'améliorer la cascade de soins du VHC chez les PQID, et de poursuivre sur le chemin de l'élimination du VHC en France tout en garantissant un égal accès aux services de santé pour tous·tes.

4. Interdisciplinarité et implications en santé publique

Cette thèse s'est inscrite dès le départ dans une perspective interdisciplinaire en mobilisant des méthodes quantitatives (axe des biostatistiques) et qualitatives (axe de la sociologie de la santé). La mobilisation des deux cadres théoriques que sont l'intersectionnalité et le modèle socio-écologique de la santé m'ont poussée à ouvrir mon travail de thèse à d'autres disciplines telles que les politiques de santé, la recherche communautaire et participative, et dans une plus petite mesure l'économie de la santé. La façon dont ces disciplines ont été mobilisées dans ma thèse sont décrites en détails ci-dessous.

4.1. Biostatistiques

Les biostatistiques ont été mobilisées dès le début de ma thèse par des analyses sur des bases de données issues de précédentes études par questionnaires menées auprès de PQID. Il m'a été possible de mener des analyses secondaires qui portaient spécifiquement sur le dépistage de l'hépatite C, dont les données étaient exploitables, bien que l'objectif premier de ces études ne portait pas spécifiquement sur la question des hépatites virales. Avec l'étude PrébupIV, j'ai pu réaliser des analyses de régression logistique sur des données transversales pour étudier les facteurs associés au dépistage de l'hépatite C chez l'ensemble des PQID. Avec l'étude COSINUS, j'ai pu étudier ces mêmes facteurs sur des données longitudinales en réalisant cette fois des analyses de régression logistique mixte stratifiées sur le genre, donc séparément chez les femmes et les hommes (cisgenres).

Bien que ces études n'aient pas été conceptualisées avec nos cadres théoriques, nous avons tout de même interprété les résultats en tenant compte de ces derniers. En effet, j'ai identifié des facteurs individuels mais aussi structurels à l'accès au dépistage de l'hépatite C, ce qui nous a permis

d'avoir une meilleure compréhension de ces déterminants et de questionner plus largement l'impact de l'environnement global et structurel sur l'accès aux soins des individus. Bien que ces analyses quantitatives nous aient permis de mettre en évidence des spécificités entre les femmes et les hommes, elles n'étaient pas suffisantes pour avoir une compréhension plus fine des barrières et leviers à l'accès au dépistage et de leur impact, d'où l'intérêt d'avoir mobilisé des méthodes qualitatives.

4.2. Sciences humaines et sociales

S'inscrivant dans la discipline de la sociologie de la santé, l'étude BALADS était composée de deux volets : des entretiens semi-directifs auprès des PQID et des focus groupes auprès des intervenant·es de terrain. Elle a été conceptualisée au début de ma thèse et a été mise en place pendant la deuxième année après obtention des avis éthiques et réglementaires. Pour cette étude, j'ai mobilisé l'intersectionnalité et le modèle socio-écologique de la santé, en tant qu'approches épistémologique et méthodologique : rédaction du protocole de recherche, élaboration des outils de collecte, mise en place de la recherche, analyse et interprétation des résultats.

L'intersectionnalité aide à comprendre comment l'interdépendance et l'interconnexion d'identités sociales multiples (genre, race, classe, sexualité ...), reflets de rapports de pouvoir et d'inégalités structurelles, peut générer discrimination et marginalisation de groupes d'individus. En plus de la dimension micro(sociale), elle permet de prendre en compte la dimension systémique et macro(sociale), traduisant l'influence des facteurs structurels sur la production et le maintien des inégalités. Le modèle socio-écologique de la santé considère qu'il existe une interdépendance et une interaction entre les individus, les organismes et les milieux de vie, et que les comportements (de santé) des individus sont influencés par l'environnement social, économique, politique et culturel dans lequel ils vivent. En outre, ces modèles sont utiles à l'étude des inégalités sociales et de santé, notamment dans les recherches orientées sur la justice sociale, et de ce fait à l'élaboration de solutions adaptées.

Nous avons analysé les entretiens et les focus groupes via des analyses thématiques de contenu. Au travers des discours des participant·es, nous avons identifié des barrières et des leviers à l'accès aux soins du VHC à un niveau individuel, interpersonnel, institutionnel, organisationnel et politique. Plus précisément, nous avons pu comprendre en quoi les identités intersectionnelles de PQID et de genre, liées aux expériences de toxicophobie et de sexisme, pouvaient influencer l'accès aux soins de l'hépatite C et aux différents services de RdR des PQID et tout particulièrement des femmes.

4.3. Recherche communautaire et participative

Bien qu'elle ne soit pas à proprement parler une discipline, il me semble important d'aborder la recherche communautaire et participative car l'implication des pair·es à différentes étapes s'est révélée indispensable et évidente, même si ce projet de thèse n'ait pas été initialement un projet de recherche participative. Pour l'étude BALADS particulièrement, j'ai pu travailler avec des travailleuses paires d'une association d'auto-support en RdR qui ont participé à l'élaboration de la grille d'entretien, au recrutement des femmes et à la valorisation scientifique. Travailler avec les personnes concernées, dans une vision intersectionnelle, permet de diminuer les rapports de pouvoir qui peuvent être présents, et est d'autant plus important que les PQID sont particulièrement stigmatisées.

Grâce à un évènement organisé par l'association Vers Marseille Sans Sida et Sans Hépatites, j'ai restitué les résultats de l'étude BALADS aux structures participantes, dans l'objectif de les discuter et les interpréter avec les intervenant·es et les personnes concernées. Ces dernières ont d'ailleurs pu

s'emparer des résultats pour proposer des solutions concrètes visant à améliorer l'accès des femmes aux structures de RdR telles qu'adapter les structures actuelles en proposant des temps de garde pour les enfants et développer des activités destinées aux femmes. Une autre piste est la création d'un label qui serait apposé sur les structures et permettrait aux femmes d'identifier des lieux ressources, non stigmatisants, sécuritaires et sensibles à la question du genre, dans lesquels elles pourraient se rendre pour bénéficier de certains services. Ce label est actuellement en cours de discussion et d'élaboration par un groupe d'auto-support de femmes consommatrices de drogues très impliquées dans la RdR à Marseille.

4.4. Politiques de santé

Par essence, mon sujet de thèse a nécessité d'intégrer cette discipline. D'une part, les politiques de criminalisation de l'usage de drogues en France (Loi de 1970) ont un effet néfaste sur la santé des PQID et compliquent leur accès aux soins (28). D'autre part, de nombreuses évolutions législatives liées à la prise en charge du VHC ont eu lieu au cours de ces dernières années telles que l'accès universel aux AAD dont les PQID ont été exclues au départ (29) et les nouvelles recommandations permettant le suivi du traitement en médecine de ville. De plus, nos deux modèles théoriques considéraient le contexte socio-politique comme un des éléments déterminant de l'accès aux soins.

La triangulation de l'ensemble des résultats qualitatifs et quantitatifs nous a permis d'émettre des pistes d'action en santé publique afin d'améliorer la cascade de soins du VHC chez les PQID en considérant les inégalités de santé et de genre. Premièrement, il semble important de diminuer la stigmatisation structurelle liée à l'usage de drogues et au genre en sensibilisant les professionnel·les aux enjeux de la RdR, à l'égalité femme-homme et aux violences fondées sur le genre, ainsi que la mobilisation et la pérennisation des dispositifs de RdR, et l'implication des pair·es à tous les niveaux. Deuxièmement, il est nécessaire de développer des structures sensibles à la question du genre et adaptées aux besoins des femmes en proposant des espaces dédiés associés à des accueils pour enfants, et d'améliorer la prise en charge des violences par les professionnel·les. Pour finir, il semble important de renforcer l'offre de soins du VHC en médecine de ville, et de renforcer les démarches d'aller-vers et de *test and treat* pour les personnes à l'écart des services tout en renforçant les partenariats entre les différentes structures.

4.5. Economie de la santé

Les interventions de santé publique à destination de population ayant des pratiques illégales, les PQID notamment, sont souvent décriées dans la sphère publique et médiatique en sous-entendant que ces personnes coûteraient cher à la société et qu'elles ne le mériteraient pas. Or, d'une part, le droit à la santé fait partie des droits humains et se doit d'être garanti à toute personne. D'autre part, les évaluations économiques des interventions de *test and treat* en contexte français ont montré que ces stratégies étaient coût-efficaces pour endiguer l'épidémie de VHC, notamment en association avec des stratégies de RdR en contexte de forte incidence (30). Ainsi, intégrer cette dimension à ma thèse m'a permis de tenir compte de l'aspect économique de la santé et de déconstruire certaines représentations erronées à l'aide de données scientifiques.

5. Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 [Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030] [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2022 [cité 12 sept 2023] p. 136. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240053779>
2. Dabis. En route vers l'élimination des hépatites virales B et C en France. Bull Epidemiol Hebd [Internet]. 8 févr 2022; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/editorial-en-route-vers-l-elimination-des-hepatites-virales-b-et-c-en-france>
3. HAS. Recommandation du Collège de la HAS. Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments antiviraux d'action directe (AAD). Élargissement du périmètre de remboursement. [Internet]. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2016 p. 14. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-12/recommandation_college_hepatite_c.pdf
4. Pol S, Fouad F, Lemaitre M, Rodriguez I, Lada O, Rabiaga P, et al. Impact of extending direct antiviral agents (DAA) availability in France: an observational cohort study (2015-2019) of data from French administrative healthcare databases (SNDS). Lancet Reg Health – Eur [Internet]. 1 févr 2022 [cité 29 sept 2022];13. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00267-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00267-2/fulltext)
5. Grebely J, Larney S, Peacock A, Colledge S, Leung J, Hickman M, et al. Global, regional, and country-level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. Addict Abingdon Engl. janv 2019;114(1):150-66.
6. Artenie A, Stone J, Fraser H, Stewart D, Arum C, Lim AG, et al. Incidence of HIV and hepatitis C virus among people who inject drugs, and associations with age and sex or gender: a global systematic review and meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. juin 2023;8(6):533-52.
7. Weill-Barillet L, Pillonel J, Semaille C, Léon L, Le Strat Y, Pascal X, et al. Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 sept 2016;64(4):301-12.
8. Díaz Gómez C. Les CAARUD en 2015 - Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages. Tendances. mars 2018;(124):6p.
9. Cadet-Tairou A, Janssen É, Guilbaud F. Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019. Tendances. déc 2020;(142):4.
10. Rojas Rojas T, Di Beo V, Delorme J, Barre T, Mathurin P, Protopopescu C, et al. Lower HCV treatment uptake in women who have received opioid agonist therapy before and during the DAA era: The ANRS FANTASIO project. Int J Drug Policy. 1 oct 2019;72:61-8.
11. Brouard C, Schwager M, Expert A, Drewniak N, Laporal S, De Lagasnerie G, et al. Impact of public policy and COVID-19 pandemic on hepatitis C testing and treatment in France: A nationwide observational study, 2014-2021. Bull Épidémiologique Hebd. 2023;(15-16):292-302.
12. Amoako A, Ortiz-Paredes D, Engler K, Lebouché B, Klein MB. Patient and provider perceived barriers and facilitators to direct acting antiviral hepatitis C treatment among priority populations in high income countries: A knowledge synthesis. Int J Drug Policy. 1 oct 2021;96:103247.
13. Balsom CR, Farrell A, Kelly DV. Barriers and enablers to testing for hepatitis C virus infection in people who inject drugs – a scoping review of the qualitative evidence. BMC Public Health. 1 juin 2023;23:1038.
14. Brener L, Cama E, Broady T, Harrod ME, Holly C, Caruana T, et al. Experiences of stigma and subsequent reduced access to health care among women who inject drugs. Drug Alcohol Rev. 25 janv 2024;

15. Page S, Fedorowicz S, McCormack F, Whitehead S. Women, Addictions, Mental Health, Dishonesty, and Crime Stigma: Solutions to Reduce the Social Harms of Stigma. *Int J Environ Res Public Health*. 5 janv 2024;21(1):63.
16. Wright C, Cogger S, Hsieh K, Goutzamanis S, Hellard M, Higgs P. "I'm obviously not dying so it's not something I need to sort out today": Considering hepatitis C treatment in the era of direct acting antivirals. *Infect Dis Health*. 1 mai 2019;24(2):58-66.
17. Foley V, Petit G, Giraud MJ, Boisvert K, Rietmann M, Brousselle A. Hépatite C chez les usagers de drogues par voie veineuse : exploration des barrières et des facilitateurs pour l'accès aux soins et services. *Sante Publique (Bucur)*. 12 août 2016;Vol. 28(3):363-74.
18. Rashidi A, Higgs P, Carruthers S. Factors affecting hepatitis C treatment intentions among Aboriginal people in Western Australia: a mixed-methods study. *Aust Health Rev*. 2020;44(5):755.
19. Iversen J, Page K, Madden A, Maher L. HIV, HCV and health-related harms among women who inject drugs: Implications for prevention and treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1 juin 2015;69(0 1):S176-81.
20. Beck F, Obradovic I, Palle C, Brisacier AC, Cadet-Taïrou A, Díaz-Gómez C, et al. Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? *Tendances*. mars 2017;(117):8.
21. Värmå Falk M, Strömdahl S, Ekström AM, Kåberg M, Karlsson N, Dahlborn H, et al. A qualitative study of facilitators and barriers to participate in a needle exchange program for women who inject drugs. *Harm Reduct J*. 22 oct 2020;17(1):84.
22. Meyers SA, Earnshaw VA, D'Ambrosio B, Courchesne N, Werb D, Smith LR. The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Drug Alcohol Depend*. juin 2021;223:108706.
23. Mutatayi C. Résultats de l'enquête Ad-femina : Accueil spécifique des femmes en addictologie. *Tendances*. mars 2019;(130):6.
24. Litwin AH, Drolet M, Nwankwo C, Torrens M, Kastelic A, Walcher S, et al. Perceived barriers related to testing, management and treatment of HCV infection among physicians prescribing opioid agonist therapy: The C-SCOPE Study. *J Viral Hepat*. sept 2019;26(9):1094-104.
25. Grebely J, Drolet M, Nwankwo C, Torrens M, Kastelic A, Walcher S, et al. Perceptions and self-reported competency related to testing, management and treatment of hepatitis C virus infection among physicians prescribing opioid agonist treatment: The C-SCOPE study. *Int J Drug Policy*. janv 2019;63:29-38.
26. Crenshaw KW. Démarginaliser l'intersection de la race et du sexe : une critique féministe noire du droit antidiscriminatoire, de la théorie féministe et des politiques de l'antiracisme. *Droit Société*. 2021;108(2):465-87.
27. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educ Q*. 1 déc 1988;15(4):351-77.
28. Global Commission on Drug Policy. The Negative Impact Of The War On Drugs On Public Health: The Hidden Hepatitis C Epidemic [Internet]. 2013 mai [cité 20 févr 2023] p. 24. Disponible sur: <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports>
29. Beaucamp A. Chapitre 2 : Difficultés persistantes d'accès aux traitements contre l'hépatite C [Internet]. AIDES; 2016 [cité 14 juill 2024] p. 24-41. (Rapport Discriminations 2016). Disponible sur: <http://www.aides.org/publication/rapport-discriminations-2016>
30. Cousien A, Tran VC, Deuffic-Burban S, Jauffret-Roustide M, Mabileau G, Dhersin JS, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of interventions targeting harm reduction and chronic hepatitis C cascade of care in people who inject drugs: The case of France. *J Viral Hepat*. 2018;(10):1197.