

Les femmes et le VIH

Ce feuillet fait partie d'une série de quatre, sur les droits humains des femmes qui vivent avec le VIH, ou qui y sont vulnérables, au Canada.

1. Les femmes incarcérées, le VIH et l'hépatite C

2. Les femmes et la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH
3. Les femmes, le travail sexuel et le VIH
4. Les femmes et le test de sérodiagnostic du VIH

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida

Les femmes incarcérées, le VIH et l'hépatite C

« Je dirais qu'environ 80 % des femmes de la prison prenaient des drogues. 35 % les obtenaient en échange de faveurs sexuelles. Et 25 à 50 % des femmes s'injectaient des drogues. Pour l'injection, nous utilisions des seringues usagées qui venaient du bureau de l'infirmière, où nous les volions. De dix à quinze personnes utilisaient la même seringue, pendant un mois... Je me suis aussi fait tatouer. Je sais que l'aiguille pour mon tatouage avait été utilisée de nombreuses fois; je ne sais pas d'où elle venait, ni à qui elle avait servi. À l'époque, on n'avait pas accès à de l'eau de Javel, alors on ne nettoyait jamais nos seringues et nos aiguilles. On savait qu'on peut contracter l'hépatite C et le VIH par le partage de seringues et d'aiguilles, mais on s'en foutait. En dedans, nos vies étaient misérables alors peu nous importait de toute façon. »

— Une femme qui a été incarcérée dans la Prison pour femmes de Kingston, Ontario

Les femmes incarcérées au Canada : bref aperçu

Au Canada, les femmes ne forment qu'une petite minorité de la population carcérale. Néanmoins, elles comptent parmi les personnes les plus marginalisées, dans la société canadienne, non seulement parce qu'elles sont dépourvues de pouvoir en milieu carcéral, mais aussi en raison des réalités économiques, sociales et politiques qu'elles vivent. Les femmes incarcérées, plus souvent que les hommes, ont des troubles de santé chronique qui résultent de la pauvreté, de la consommation de drogue, de la violence sexospécifique, de la grossesse pendant l'adolescence, de la malnutrition, du piètre accès à des soins de santé préventifs et, dans le cas des femmes autochtones et noires, des effets de la colonisation, de l'esclavage et du racisme.

Parmi les détenues de ressort fédéral, un tiers est composé de femmes autochtones; 80 % ont déjà vécu la maltraitance physique et sexuelle (un pourcentage qui atteint les 90 %, parmi les Autochtones); un nombre considérable est aux prises avec une toxicomanie;

une sur cinq a des troubles de santé mentale; et plusieurs sont en situation de monoparentalité et sont les principales responsables de la garde de leur(s) enfant(s). Alors que 80 % des Canadiennes ont eu une éducation dépassant la 9^e année, la proportion est plutôt d'environ 50 % parmi les Canadiennes incarcérées. La consommation de drogue tend elle aussi à être plus présente dans la vie et la criminalité des femmes incarcérées : elles commettent des délits afin de toucher un revenu pour se procurer de la drogue. En particulier, les antécédents d'injection de drogue sont régulièrement plus répandus parmi les femmes que parmi les hommes, dans la population carcérale canadienne. En conséquence, plus de la moitié des accusations portées contre des femmes concernent des actes non violents, des crimes contre la propriété et des délits liés à la drogue.

En général, le bien-être des femmes en prison a toujours été secondaire à celui de la population masculine, plus grande. Les besoins correctionnels des femmes sont très différents de ceux des hommes. La Commission canadienne des droits de

la personne a d'ailleurs signalé que les critères utilisés pour la classification des détenus au palier fédéral sont définis d'après des normes pertinentes à la race blanche, au sexe masculin et à la classe économique moyenne, et que dans le cas des femmes condamnées à une peine d'incarcération fédérale cela donne lieu à des évaluations biaisées et discriminatoires : trop de détenues sont considérées comme un risque élevé pour la sécurité. Il en résulte de nombreux préjudices, pour ces femmes, puisque les cas à sécurité maximale sont confinés dans des unités de vie en ségrégation et, contrairement aux cas à sécurité minimale ou moyenne, ils ne sont pas admissibles aux programmes de travaux en placement à l'extérieur, aux programmes de placement communautaire ou à d'autres programmes de soutien qui sont conçus pour améliorer les chances de réinsertion sociale. Par ailleurs, vu le nombre plus limité d'établissements pour femmes et le fait que certains soient dans des régions isolées, les femmes détenues ont moins de chances d'avoir accès à du soutien communautaire et elles sont plus susceptibles de se retrouver loin de leur famille, de leur communauté et d'autres réseaux de soutien. La dislocation géographique est une cause d'isolement particulier pour les femmes autochtones, qui sont dans bien des cas originaires de communautés plus éloignées.

De plus, les femmes incarcérées sont négligées dans la fourniture de services. Vu leur nombre relativement faible dans un établissement donné, les autorités de la prison ont du mal à justifier de fournir des services spécifiques aux femmes. Celles-ci ont par conséquent de la difficulté à avoir accès à des services pour le VIH qui soient équivalents à ceux qui sont fournis aux femmes à l'extérieur des prisons, voire aux hommes en prison. La situation est d'autant plus troublante parce que, dans l'ensemble, les femmes qui vivent avec l'infection à VIH ou à VHC [virus de l'hépatite C] ne reçoivent pas aussi rapidement que les hommes les services diagnostiques et médicaux qui leur seraient bénéfiques. Les besoins des femmes atteintes du VIH ou du VHC sont, de plus, différents de ceux des hommes; et les services sociaux et communautaires dont elles ont besoin sont souvent plus rares et moins accessibles. Les femmes ont donc des connaissances sur le VIH et sur le VHC souvent plus limitées que les hommes; et les structures nécessaires sont souvent absentes. En outre, les manifestations de maladies attribuables à l'infection à VIH peuvent être différentes chez les femmes, et faire en sorte que leur état ne soit pas diagnostiqué, ou le soit en retard et qu'à

ce moment la maladie à VIH soit en phase plus avancée. Le caractère inadéquat des services de santé en prison a été mis en évidence par une étude sur les femmes incarcérées dans des établissements fédéraux, réalisée en 2003 — l'analyse la plus complète des besoins spécifiques des détenues de ressort fédéral, en matière de prévention, de soins, de traitements et de soutien en matière de VIH et de VHC. La majorité des femmes interviewées ont fait état d'une insatisfaction généralisée quant à la qualité et à l'accessibilité des services médicaux en prison; et les femmes atteintes du VIH et/ou du VHC ont identifié de nombreux obstacles à leur obtention de services médicaux appropriés : difficulté à obtenir des tests sanguins, des consultations avec un médecin ou un spécialiste, des soins adéquats pour le contrôle de la douleur, et des médicaments pour atténuer des effets indésirables des traitements contre le VIH et contre le VHC. Les femmes ont aussi affirmé que les programmes d'éducation à la prévention du VIH ne correspondaient pas à leurs besoins; et celles atteintes du VIH et/ou du VHC ont fortement souligné le manque de soutien et de services de counselling appropriés à leurs besoins spécifiques. Dans une enquête ultérieure, réalisée en 2010 par le Service correctionnel du Canada sur les détenus confiés à sa garde, un thème fréquent dans les réponses des participantes était l'insatisfaction quant aux installations et à l'accessibilité des services de santé mentale et physique — un point saillant étant précisément le besoin de services de dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS).

Faits et chiffres : femmes et épidémies du VIH et du VHC en prison

- Les démêlés avec la justice et l'incarcération sont souvent dus à des délits concernant la criminalisation de certaines drogues, et destinés à s'en procurer ou résultant de leur consommation. **Dans les prisons fédérales canadiennes, une femme sur quatre est incarcérée à la suite d'accusations qui concernaient la drogue.**
- **À quelques exceptions près, la prévalence du VIH et du VHC est généralement plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes, en prison, notamment en présence d'antécédents d'injection de drogue.** Dans une étude réalisée dans les centres provinciaux de détention au Québec, les taux de VIH et de VHC parmi les femmes étaient de 8,8 % et de 29,2 %, respectivement; chez les détenus de sexe masculin, ils étaient de 2,4 % et de 16,6 %. En 2007,

une enquête nationale du SCC a conclu à des taux de VIH et de VHC de 5,5 % et de 30,3 % parmi les détenues de ressort fédéral; et de 4,5 % et 30,8 % parmi les détenus fédéraux de sexe masculin. Les détenues autochtones avaient les taux les plus élevés, soit respectivement 11,7 % et 49,1 %. Dans une étude réalisée auprès de détenues en Colombie-Britannique, les taux de VIH et de VHC autodéclarés étaient de 8 % et de 52 %.

« Les femmes incarcérées sont plus susceptibles que celles du reste de la population d'avoir été aux prises avec la violence et la maltraitance »

- Bien que la majorité des femmes incarcérées passent volontairement des tests de sérodiagnostic du VIH et du VHC, la provision de **counselling pré-test et post-test a été décrite comme rare, voire inexistante dans certains cas**. Les femmes incarcérées sont plus susceptibles que celles du reste de la population d'avoir été aux prises avec la violence et la maltraitance; le counselling conjoint au test du VIH revêt donc une importance accrue.
- Les femmes incarcérées qui vivent avec le VIH ont des **inquiétudes quant au respect de la confidentialité de leur séropositivité**. On a signalé que des femmes avaient été contraintes d'attirer sur elles une attention qu'elles ne désiraient pas, dans leur recours à des médicaments contre le VIH, à des services de test pour le VIH et le VHC, à des thérapies et des diètes (parfois fournies à des heures spécifiques et dans un endroit public), ou parce que les demandes de matériel pour le sécurisexe ou d'eau de Javel doivent être adressées à des employés correctionnels. Les violations du droit des femmes à la vie privée et à la confidentialité ont de lourdes répercussions, en prison, vu la stigmatisation et la discrimination qui y sont répandues à l'égard des personnes vivant avec le VIH.
- Pour de nombreuses femmes, la consommation de drogue en prison est un moyen de composer avec des traumatismes et d'alléger la douleur et l'anxiété (y compris la peur de se voir retirer la garde de leurs enfants en raison de leur casier judiciaire). Dans une enquête nationale de 2007, **un quart des femmes détenues dans des prisons fédérales ont déclaré avoir fait usage de drogue** au cours des six plus récents mois en prison; et **15 % des détenues ont déclaré avoir consommé des drogues par injection**. De celles qui avaient pratiqué l'injection, **41 % ont utilisé la seringue usagée d'une autre détenue, et 29 % ont partagé une seringue avec une détenue vivant avec le VIH ou le VHC, ou dont elles ne connaissaient pas l'état sérologique**. Une étude nationale parmi les détenues de ressort fédéral et une étude auprès des femmes incarcérées dans une prison provinciale de Colombie-Britannique ont conduit à des conclusions semblables : **une femme sur cinq a déclaré s'injecter de la drogue en prison**.
- Dans une étude nationale de 2007, **30 % des détenues de ressort fédéral ont déclaré avoir eu des rapports sexuels oraux, vaginaux ou anaux**. Dans une étude de 2003 parmi les détenues de ressort fédéral, **une femme sur quatre a déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés**.
- Dans une étude de 2003 parmi les détenues de ressort fédéral, **une femme sur quatre s'adonnait au tatouage**. Dans une étude de 2003 dans des prisons provinciales au Québec, 9 % des femmes avaient été tatouées ou avaient reçu un perçage corporel en prison.
- **Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se mutiler, par des pratiques comme la taillade et la scarification**, une stratégie d'adaptation fréquemment associée à des expériences d'exploitation sexuelle pendant l'enfance. Dans une étude réalisée en 2003 parmi les détenues de prisons fédérales, 9 % des femmes interviewées s'étaient tailladé ou scarifié la peau ou s'étaient automutilées d'autres manières. Une étude de 2010 parmi les détenues de prisons fédérales a établi que 30 % des répondantes avaient pratiqué une forme ou une autre d'automutilation, pendant l'incarcération.
- Puisque la douleur chronique peut être un symptôme de l'infection à VIH ainsi qu'à VHC, l'accès à une gestion efficace de la douleur est une préoccupation répandue pour les personnes qui en sont atteintes. Toutefois, des femmes ont fait état d'obstacles à la gestion de la douleur, en prison. Les femmes dont les **besoins en matière de contrôle de la douleur** sont laissés pour compte par le personnel risquent de se tourner vers l'injection de drogues illicites, afin d'atténuer elles-mêmes leur souffrance.

Les femmes, la prison et le droit

Les politiques et le droit canadien et international requièrent que les prisons soient sensibles aux réalités sexospécifiques, en particulier en ce qui concerne la santé des femmes. Dans les établissements correctionnels fédéraux, par exemple, le SCC prévoit que « [t]outes les activités visant à traiter les maladies infectieuses dans la population carcérale doivent être menées en tenant compte du sexe des individus et des besoins culturels des groupes. » (Directive 821 du Commissaire, art. 10); de plus, la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition requiert que le SCC fournisse des programmes conçus spécialement en fonction des besoins des femmes ainsi que des personnes autochtones, en prison (art. 77 et 80).

À l'échelle internationale, il est de plus en plus largement reconnu que les besoins des femmes incarcérées ne sont pas satisfaits et que les États doivent reconnaître la spécificité de ces besoins. Par exemple, les *Lignes directrices de l'OMS sur le VIH et le sida en prison* signalent que « [u]ne attention particulière devrait être donnée aux besoins des femmes incarcérées. Il faut apprendre au personnel qui s'occupe des détenues à faire face aux problèmes psychosociaux et médicaux associés à l'infection à VIH chez les femmes » (point 44). D'autre part, dans *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response* (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2006), on prône des initiatives qui « tiennent compte que, dans de nombreux pays, les femmes ont une vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH, présentent une prévalence d'infection à VIH plus élevée que les

hommes, en prison, ont des comportements à risque différents des détenus de sexe masculin, et purgent généralement des peines plus courtes que les hommes » [trad.] (action 56, p. 24).

Comme tous les détenus, les femmes incarcérées ne perdent pas leurs droits à l'entrée de la prison — elles conservent tous les droits de la personne qui ne sont pas abrogés *de facto* par l'emprisonnement.¹ Sont par conséquent maintenus :

- le droit à « la norme de santé la plus élevée qui puisse être atteinte »;²
- le droit à la vie;³
- le droit à la liberté et à la sécurité de la personne;⁴
- le droit à l'égalité et de ne pas subir de discrimination, y compris en matière de services de santé;⁵
- le droit de ne pas subir de peine ou de traitement cruel et inusité; et⁶
- le droit à des soins de santé selon une norme équivalant à ce qui est disponible dans la communauté.⁷

Ces dispositions nécessitent, au minimum, que les détenues aient accès à des soins de santé équivalant au moins à la norme de ceux fournis aux femmes dans la collectivité. Compte tenu de la prévalence beaucoup plus élevée du VIH et du VHC parmi les femmes incarcérées, cela entraîne que les prisons doivent mettre à leur disposition une gamme complète de mesures de réduction des méfaits, y compris des programmes de seringues dans les prisons..

Des politiques du SCC et de certains systèmes carcéraux des provinces et territoires prescrivent la fourniture de condoms, de digues dentaires, de lubrifiant, d'eau de Javel, de même que du traitement d'entretien à la méthadone; cependant, la disponibilité de ces éléments n'est pas uniforme partout au pays. L'existence de politiques relatives à des mesures de réduction des méfaits n'empêche pas que des femmes aient fait état d'une distribution inégale, de quantités insuffisantes et d'un manque de confidentialité, comme obstacles à l'accès à ces mesures. Le fait qu'elles doivent s'adresser au personnel de santé de la prison ou à des agents correctionnels afin de se procurer du matériel préventif,

par exemple, dévoile forcément leur activité sexuelle ou leur consommation de drogue par injection — des activités interdites en prison et pour lesquelles elles peuvent être sévèrement punies (notamment par une extension de la peine ou une période de ségrégation).

Aucun système carcéral, au Canada, n'autorise des programmes comme l'échange de seringues et l'approche sécuritaire au tatouage, en dépit d'un lourd corpus de preuves pertinentes de comportements à risque et en dépit du souhait des détenues de recourir à de telles mesures. L'absence de matériel d'injection stérile est particulièrement problématique, vu l'omniprésence

d'injection de drogue en prison, la fréquence du partage de seringues et le fait que le nettoyage à l'eau de Javel ne procure pas une stérilisation adéquate du matériel d'injection.

La Commission canadienne des droits de la personne a signalé que l'incidence du partage de seringues est plus marquée sur les femmes que sur les hommes, « en raison du taux plus élevé de toxicomanie et d'infection par le VIH au sein de cette population »; elle a précisé que « ces effets sont peut-être particulièrement notables chez les femmes autochtones purgeant une peine de ressort fédéral. » En signalant que le fait de priver les détenus de mesures de réduction des méfaits qui sont conformes aux normes sanitaires reconnues dans la communauté les expose à un risque accru, la Commission a recommandé que « le Service correctionnel du Canada lance un projet pilote d'échange de seringues dans trois établissements correctionnels ou plus, dont au moins un établissement pour femmes. »

Recommandations de politiques et réformes du droit

- **Développer des avenues de rechange à l'incarcération.** La plupart des femmes incarcérées ont été condamnées pour des délits non violents et elles ne représentent aucun risque pour le public. Toute stratégie complète de riposte au VIH en milieu carcéral devrait viser à réduire la surpopulation, puisque celle-ci peut créer des conditions propices à des éruptions de violence, y compris à caractère sexuel. On devrait envisager de développer et de mettre en œuvre des stratégies intégrant les peines à purger dans la collectivité, pour les femmes, en particulier lorsqu'elles sont enceintes ou ont de jeunes enfants.
- **Fournir des services de santé équivalant à ceux disponibles dans la collectivité.** Toutes les prisons devraient rendre disponibles et accessibles des condoms, des digues dentaires, du lubrifiant, de l'eau de Javel, des traitements de substitution aux opiacés, des médicaments adéquats pour le contrôle de la douleur, et de l'information pour réduire les préjudices de l'automutilation. En particulier, les provinces et territoires qui ne fournissent pas encore ces mesures de réduction des méfaits devraient développer des politiques pour les introduire dans toutes leurs prisons.
- **Des politiques devraient être développées pour rendre disponibles, et réellement accessibles, des instruments stériles pour l'injection et pour le tatouage sécuritaire,** comme c'est le cas dans la communauté, conformément aux pratiques exemplaires reconnues pour ces programmes dans la communauté.
- **Avant et après le test du VIH, le counselling devrait être effectué systématiquement.** Les femmes incarcérées ne devraient se voir administrer des tests pour le VIH et pour le VHC qu'après avoir donné leur consentement éclairé, et aucune ne devrait recevoir un de ces tests sans qu'il soit précédé et suivi du counselling approprié.
- **Le droit des détenus à la confidentialité et à la vie privée doit être respecté.** La sécurité des renseignements personnels des femmes, comme leur dossier médical et les renseignements qu'il contient, doit en tout temps être respectée. De plus, l'accès des femmes à l'éducation préventive, aux traitements, aux éléments appropriés de nutrition, au counselling, au soutien, aux tests diagnostiques ainsi qu'aux mesures préventives et de réduction des méfaits devrait être promu entre autres par la garantie de la confidentialité de celles qui participent à ces programmes et recourent à ces mesures.
- **Les détenues qui vivent avec le VIH/VHC ou qui y sont vulnérables devraient être impliquées de manière significative dans la conception des politiques.** L'apport des personnes touchées directement, qui peuvent contribuer de leurs expériences, rehaussera l'efficacité et le bien-fondé des politiques et programmes pertinents à la riposte au VIH et au VHC en prison.

Recherches et rapports cités

- Agence de la santé publique du Canada. *Rapport final : Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, 2002.
- Arbour, Honorable Louise. *Commission d'enquête sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston*. Solliciteur général du Canada, 1996.
- Barrett M. et coll. *Vingt ans plus tard : Retour sur le Rapport du Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale*. Service correctionnel du Canada, 2010.
- Bastick M. et L. Townhead. *Femmes en prison : Commentaire sur l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus*. Bureau Quaker auprès des Nations Unies, 2008.

Betteridge G. et G. Dias. *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*. Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007.

Boyd S. et K. Faith. « Women, illegal drugs and prison: views from Canada ». *International Journal of Drug Policy* 10 (1999) : 195–207.

Commission canadienne des droits de la personne. *Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, 2003.

DiCenso A. et coll. *Ouvrir notre avenir : Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*. Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida, 2003.

Kong R. et K. AuCoin. *Les contrevenantes au Canada*. Centre canadien de la statistique juridique, 2008.

Martin R. « Drug use and risk of blood-borne infections ». *Revue canadienne de santé publique* 96(2) (2005) : 97–101.

Poulin C. et coll., « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 177(3) (2007) : 252–256.

Power J. et A. Usher. *Étude qualitative de l'automutilation chez les femmes incarcérées. Service correctionnel du Canada*, 2010.

Service correctionnel du Canada. « Santé publique dans les Services correctionnels fédéraux », *Le point sur les maladies infectieuses* 6(1), automne 2008.

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). L'art. 86 de la LSCMLSC oblige, de plus, le SCC à fournir à toute personne sous sa garde les « soins de santé essentiels » à sa réadaptation et à sa réinsertion dans la collectivité.

³ Art. 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIRDPC); et art. 7 de la Charte canadienne des droits et libertés (la Charte).

⁴ Art. 9 du PIRDPC et art. 7 de la Charte.

⁵ Art. 26 du PIRDPC, CEDAW et art. 15 de la Charte.

⁶ Art. 7 du PIRDPC, et art. 12 de la Charte.

⁷ Voir p. ex., les *Principes fondamentaux* des Nations Unies relatifs au traitement des détenus 1990, principe 9; OMS, *Lignes directrices de l'OMS sur le VIH et le sida en prison*, 1993; ONUDC, OMS et ONUSIDA, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*, 2006; ONUSIDA, « Déclaration de l'ONUSIDA à la Commission des droits de l'homme pendant sa cinquante-deuxième session – avril 1996 », dans *Le SIDA dans les prisons : point de vue ONUSIDA* (Genève, ONUSIDA, 1997), p. 3. Au Canada, l'art. 86(2) de la LSCMLSC stipule que, dans les prisons, la « prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues », ce qui implique un droit à des soins de santé comparables à ceux offerts dans l'ensemble de la collectivité.

Remerciements

Merci à Keisha Williams, coordonnatrice du Programme communautaire pour femmes du Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida, qui a révisé et commenté ce feuillet.

Références

¹ Art. 4(e) de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLSC); et point 5 des *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*.

² Art. 12(1) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels; et art. 12 de la

Ce feuillet d'information contient des renseignements généraux. Il ne constitue pas un avis juridique.

Ce feuillet d'information est téléchargeable sur le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida, à www.aidslaw.ca/femmes. On peut en faire des copies, à condition de ne pas les vendre, et de préciser que la source de l'information est le Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Réseau juridique, à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Cette publication a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs/chercheurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012.