

Cet exposé de politique est appuyé par la Société canadienne de transplantation et la Société canadienne de soins intensifs. Le Programme de recherche en don et transplantation du Canada approuve les connaissances qu'on retrouve dans ce document et appuie les recommandations en termes de réglementations et de recherches futures.

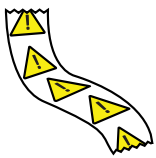
Enjeux

Les hommes gais, bisexuels et queer — incluant les personnes bispirituelles, trans et issues de la diversité de genre (2S/GBTQ+) subissent depuis longtemps de la discrimination dans le processus de don de sang, d'organes et de tissus. En réaction au VIH, des politiques sur les dons et les greffes qui traitent les personnes 2S/GBTQ+ différemment des autres ont été introduites au Canada et dans de nombreux autres pays. Beaucoup de politiques n'ont pourtant pas évolué avec notre compréhension approfondie de la transmission, du traitement et de la prévention du VIH. Ces politiques continuent d'exclure des personnes du bassin de donneur-se-s en fonction de rapports sexuels entre hommes, plutôt qu'en fonction de facteurs de risques comportementaux basés sur des données probantes en lien avec le VIH. Ces politiques sont stigmatisantes et nocives pour les personnes 2S/GBTQ+ et continuent de renforcer des stéréotypes négatifs. Ces politiques rapetissent le bassin de donneur-se-s, ce qui implique moins d'organes et de tissus pour tous-te-s les canadien-ne-s qui en ont besoin.

Les politiques canadiennes sur les dons de sang ont récemment été révisées par Santé Canada afin de réduire la discrimination. Il demeure néanmoins beaucoup d'injustices à remédier, surtout en ce qui a trait aux dons et greffes d'organes et de tissus.

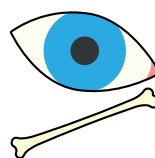
Avenues pour améliorer l'équité

Des éléments des DGOT qui continuent de discriminer et de perpétuer la stigmatisation des personnes 2S/GBTQ+ comprennent :



La désignation « risque accru de transmission de maladies infectieuses ».

D'après la politique actuelle, les organes solides (c.-à-d. le cœur, les poumons, les reins, le foie, le pancréas) donnés par des hommes sont identifiés comme comportant un « risque accru de transmission de maladies infectieuses » si le donneur a eu des rapports sexuels avec des hommes au cours de l'année précédente. Cette identification perpétue la stigmatisation des personnes 2S/GBTQ+ ainsi que des notions fausses au sujet de la transmission du VIH.



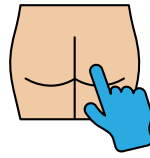
Possibilités de dons de tissus réduites.

En ce qui a trait aux dons de tissus (c.-à-d. les os, la peau, la cornée et autres tissus), les tissus 2S/GBTQ+ sont fréquemment rejetés au Canada si le donneur a eu des rapports sexuels avec des hommes pendant l'année précédant le don. Ces critères de sélection pour les dons perpétuent la stigmatisation et excluent sans raison valable les personnes 2S/GBTQ+ comme potentielles donneuses de tissus.



Dévoilement identitaire par inadvertance.

En conséquence de la désignation « risque accru de transmission de maladies infectieuses », l'identité des donneur·se·s 2S/GBTQ+ vivant·e·s (qui considèrent le plus souvent faire un don à un·e membre de leur famille ou encore à des personnes qu'ils connaissent personnellement) peut être divulguée à leur insu. Cela est dû au fait que l'équipe de greffes se doit d'informer les recep·teur·rice·s d'organes potentiel·le·s que l'organe qui leur est offert provient d'un donneur qui comporte un risque accru de transmettre le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C. Il n'existe pas de processus standard permettant d'obtenir le consentement du donneur potentiel en vue de cette divulgation. Les risques d'atteinte à la vie privée ne sont pas pris en considération.



Examens physiques invasifs et non justifiés.

Pour les donneurs d'organes décédés, des examens physiques standardisés dans quelques endroits incluent un examen du rectum afin d'identifier des « preuves » de sexe anal réceptif.¹ Cette pratique n'est pas fiable et n'est pas une méthode basée sur des données probantes permettant d'évaluer les risques de transmission du VIH et perpétue des présomptions fausses et stigmatisantes au sujet de la vie sexuelle des personnes 2S/GBTQ+. Ce qui est peut-être encore plus inquiétant, c'est qu'il n'existe pas de processus standardisé pour l'obtention du consentement éclairé pour cet élément particulier et invasif de l'examen physique.



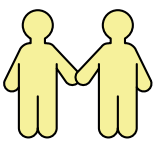
Recensement incomplet des données.

Les politiques actuelles ne documentent pas le genre de façon adéquate ou ne prennent pas en compte les identités transgenres dans la façon avec laquelle les données sont récoltées, ou dans la façon avec laquelle l'admissibilité pour le don est déterminée. Cette discrimination marginalise les personnes trans et celles ayant des genres divers en plus de perpétuer un système de santé qui n'est pas adapté aux réalités de toustes.



Calculs en fonction du sexe dans les soins cliniques.

Certains calculs qui affectent les soins cliniques avant et après la greffe — par exemple, des calculs liés au fonctionnement des reins — sont basés sur le sexe du ou de la patient·e. Il existe cependant des lacunes sur le plan de l'interprétation de ces calculs pour les patient·e·s trans et issu·e·s de la diversité de genre.² Globalement, les considérations envers l'expérience de soins des patient·e·s transgenres et issu·e·s de la diversité de genre dans le système de dons et de greffes d'organes sont insuffisantes.



Partenaires sérodiscordant·e·s.

Les partenaires sexuel·le·s séronégatif·ve·s de personnes vivant avec le VIH sont aussi identifié·e·s comme étant des donneur·se·s potentiel·le·s à « risque accru de transmission de maladies infectieuses » s'ils ont été actif·ve·s sexuellement au cours de 12 derniers mois. Cela ne prend pas en compte le type de rapports sexuels, les mécanismes de prévention du VIH (comme les condoms ou la PrEP) ou si la charge virale du ou de la partenaire sexuel·le vivant avec le VIH est indétectable (ce qui signifie alors que le VIH ne peut pas être transmis sexuellement). Cette politique ne tient pas compte des données probantes actuelles au sujet de la transmission du VIH et perpétue la stigmatisation en lien avec le VIH.

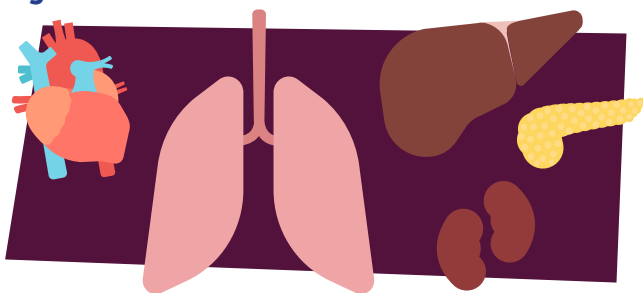
Recommandations

Nous soumettons les recommandations suivantes à Santé Canada :

1. Rassembler un groupe de chercheur·se·s, d'expert·e·s clinicien·ne·s et en éthique et de membres de la communauté 2S/GBTQ+ afin de réaliser une révision critique des inégalités qui affligent les personnes 2S/GBTQ+ dans le système des DGOT.
2. Éliminer le critère au sujet des rapports sexuels au cours de 12 derniers mois pour les donneur·se·s d'organes 2S/GBTQ+ et réviser les critères d'éligibilité actuels pour les dons d'organes et de tissus afin que soient considérés les facteurs de risques comportementaux fondés sur les données probantes en lien avec l'exposition au VIH et aux hépatites. Les critères d'admissibilité doivent être fondés sur les comportements et non sur l'identité. Les nouveaux critères d'éligibilité devraient valider et inclure les personnes qui ne sont pas cisgenres ou hétérosexuelles et refléter les données actuelles au sujet de la transmission du VIH afin de minimiser la stigmatisation.
3. Mandater l'usage de tests des acides nucléiques (TAN) pour tous·tes les donneur·se·s à « risque accru de transmission de maladies infectieuses » (en fonction de critères d'évaluation du niveau de risque fondés sur les données probantes actuelles tel que démontré dans la deuxième recommandation).
4. Considérant que les risques d'une infection lors de la fenêtre sérologique des donneur·se·s d'organes 2S/GBTQ+ sont minimales après l'usage de TAN, organiser un forum multidisciplinaire afin d'évaluer les risques et les avantages liés aux organes à « risque accru de transmission de maladies infectieuses » pour tous·tes les receveur·se·s potentiel·le·s consentant·e·s de greffes.
5. Appeler immédiatement à l'arrêt des examens rectaux de routine cherchant des preuves de sexe anal réceptif parmi tous les organismes de dons d'organes provinciaux et inviter directement les réseaux cliniques à dénoncer cette pratique. Modifier les documents du Groupe CSA pour y retirer les recommandations d'examens rectaux pour les donneurs masculins.¹
6. Mandater la conception de documentation standardisée sur le consentement éclairé pour (A) tous les examens délicats ou invasifs à pratiquer sur les donneur·se·s d'organes, et (B) tous·tes les donneur·se·s dont les organes et tissus ont été identifiés comme comportant un « risque accru de transmission de maladies infectieuses ». Des scripts devraient être rédigés pour soutenir ce processus.

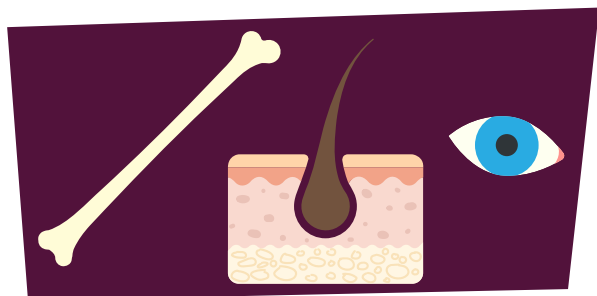
Don d'organes et de tissus chez les personnes 2S/GBTQ+ au Canada

Don d'organes



Les organes donnés peuvent inclure le cœur, les poumons, les reins, le foie et le pancréas

Don de tissus



Les tissus donnés peuvent inclure les os, la peau, la cornée et d'autres tissus

Règlements actuels pour les dons

Les donneurs qui sont des hommes ayant eu des rapports sexuels avec un autre homme au cours de l'année précédente ne peuvent pas donner des organes, l'exception étant par l'entremise d'un processus de « distribution exceptionnelle ». Cela signifie que leurs organes sont identifiés comme comportant un risque accru de transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses, seulement parce qu'ils ont eu des rapports sexuels avec un autre homme.

Le don de tissus est autorisé pour les personnes 2S/GBTQ+, mais en pratique, ces tissus sont rejetés par les banques de tissus avant même d'être testés pour le VIH parce qu'il n'existe pas de « processus de distribution exceptionnelle » pour les tissus (contrairement aux organes).

Contexte : organes à « risques accrus de transmission de maladies infectieuses » et interdiction des dons de tissus

Les politiques sur les dons d'organes et de tissus qui traitent les personnes 2S/GBTQ+ différemment des autres ont été mises en place en conséquence de la crise du SIDA, en raison d'une incidence plus élevée du VIH et d'autres virus comme l'hépatite C et B parmi les populations 2S/GBTQ+. **Il est important de prévenir ces types d'infections partout où cette prévention est possible; les politiques canadiennes en matière de DGOT sont cependant discriminantes envers les personnes 2S/GBTQ+ en fonction de rapports sexuels entre hommes et ne sont pas basées sur des risques comportementaux fondés sur les données actuelles. La mise en place de critères d'éligibilité aux dons réellement fondés sur les risques permettrait de réduire l'homophobie, la transphobie et la stigmatisation entourant le VIH que les politiques actuelles perpétuent.**

Actuellement, les hommes qui ont eu un rapport sexuel avec un autre homme au cours des 12 derniers mois sont considérés comme étant des donneurs à « risque accru de transmission de maladies infectieuses » s'ils décident de donner des organes. Certains autres groupes sont aussi considérés comme des donneurs à « risque accru de transmission de maladies infectieuses », incluant les partenaires sexuels n'étant pas des hommes aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les partenaires sexuels de personnes vivant avec le VIH, les travailleur·se·s du sexe et les personnes incarcérées. Ces critères signifient donc que beaucoup de personnes sont considérées comme étant à « risque accru de transmission de maladies infectieuses » sans nécessairement pratiquer des comportements qui les mettraient potentiellement à risque de contracter le VIH. Pour les donneur·se·s 2S/GBTQ+, les procédures de tri actuelles ne tiennent pas compte des méthodes de prévention du VIH comme les condoms, la prophylaxie pré et postexposition (PrEP et PEP), ou le type de comportements sexuels associés (ou non) à la transmission du VIH. L'importance du message indétectable = intransmissible (U=U) — le fait que les personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est indétectable ne peuvent pas transmettre le virus de

façon sexuelle — est ignoré par ces critères d'éligibilité. Le fait que les partenaires sexuel·le·s séronégatif·ve·s des personnes vivant avec le VIH ne puissent pas donner de tissus ou d'organes n'est fondé sur aucune donnée probante puisque ces personnes ne sont pas à risque de contracter le VIH. Le risque de transmission du VIH par la greffe d'un organe donné par une personne ayant une charge virale indétectable n'a pas encore été étudié. Il est primordial que ces études soient faites.

Alors que les dons d'organes en provenance de groupes à « risque accru de transmission de maladies infectieuses » sont autorisés par Santé Canada selon un programme de distribution exceptionnelle, les tissus comme la peau, les tendons, la cornée et les os provenant d'hommes ayant eu un rapport sexuel avec un autre homme au cours des 12 derniers mois sont rejetés par les banques de tissus et d'yeux. Le processus de distribution exceptionnelle qui permet les dons d'organes 2S/GBTQ+ ne s'applique pas aux dons de tissus du Canada parce que le besoin de tissus est perçu comme étant moins immédiat et moins susceptible à sauver des vies, comparativement aux dons d'organes.

Le processus de distribution exceptionnelle et l'interdiction de dons de tissus sont discriminatoires et nocifs envers les personnes 2S/GBTQ+ et les personnes vivant avec le VIH puisque ces mesures perpétuent la stigmatisation. Les politiques restrictives injustifiées, incluant la période de 12 mois d'abstinence nécessaire pour les personnes 2S/GBTQ+ qui souhaitent donner des organes sans être identifiées comme étant à « risque accru de transmission de maladies infectieuses » (ou pour pouvoir donner des tissus), renforcent les fausses notions au sujet des personnes 2S/GBTQ+ et des risques liés au VIH. Ces politiques soutiennent, de manière erronée, pour le public et pour les professionnel·le·s médicaux, que le sexe parmi les personnes 2S/GBTQ+ est inextricablement lié à l'exposition au VIH et que la transmission du VIH est une menace, peu importe les efforts de dépister, de soigner ou de prévenir l'exposition au VIH.

Création de vulnérabilité et divulgation de l'identité des personnes 2S/GBTQ+

Dans le cadre du programme de distribution exceptionnelle — applicable pour toutes les personnes 2S/GBTQ+ qui ont eu des rapports sexuels avec un homme dans les 12 derniers mois — les receveur·se·s potentiel·le·s de greffes sont informé·e·s que l'organe qui leur est offert provient d'un·e donneur·se à « risque accru de transmission de maladies infectieuses » et qui comprend donc un potentiel plus élevé de les exposer au VIH et à d'autres virus. Bien que l'identité 2S/GBTQ+ ne soit pas spécifiquement divulguée, ce processus met les personnes 2S/GBTQ+ qui participent à des programmes de dons d'organes de leur vivant dans

une position vulnérable, surtout si celles-ci n'ont pas divulgué leur identité, mais ont entrepris les premières étapes en vue de donner un organe à un·e ami·e, un·e membre de leur famille ou tout autre individu qui leur est proche. Même si le·la donneur·se potentiel·le prend la décision de ne pas donner son organe, par peur de voir son identité dévoilée, s'il·elle connaît le·la receveur·se potentiel·le (et c'est le cas pour la majorité des dons de personnes vivantes), iel se trouve alors forcé·e de divulguer son identité ou de mentir afin de dissimuler la raison pour laquelle le don n'a pas lieu. Il n'existe pas de mesures de protection standardisée ou structurelle dans le système de la santé pour cette éventualité. La divulgation potentielle de l'identité d'un·e donneur·se à sa famille ou à ses proches peut engendrer des conséquences irréversibles pour ces relations. Ce manque de considération et de planification peut aussi aboutir à ce que les receveur·se·s potentiel·le·s ne reçoivent pas les organes dont iels ont besoin.

Dans ce processus, il n'existe pas de méthode standardisée pour l'obtention du consentement éclairé du ou de la donneur·se potentiel·le vivant·e au sujet de la désignation « à risque accru de transmission de maladies infectieuses ». Les donneur·se·s vivant·e·s sont habituellement informé·e·s au sujet des implications de cette désignation; cette conversation n'est néanmoins pas standardisée et rien n'assure qu'elle soit tenue à chaque occurrence. Si le·la donneur·se est décédé·e, un·e décisionnaire mandaté·e (habituellement un·e membre de la famille ou un·e proche) est consulté·e, mais pas toujours informé·e au sujet de la désignation « à risque accru de transmission de maladies infectieuses » et du fait que celle-ci est appliquée en raison de l'identité 2S/GBTQ+ de la personne décédée. Ce dévoilement peut être problématique, particulièrement pour les personnes sujettes aux oppressions systémiques et aux membres de communautés marginalisées. L'instauration d'une méthode standardisée pour l'obtention du consentement éclairé dans le cadre particulier de ce programme de distribution exceptionnelle est une étape essentielle dans la protection du respect, de la dignité et de l'autonomie des donneur·se·s 2S/GBTQ+.

L'utilisation de tests de dépistage rigoureux signifie que la période d'un an d'abstinence est obsolète

Bien qu'il soit important de prévenir la transmission du VIH et d'autres virus dans les procédures médicales, le dépistage du VIH et d'autres virus transmissibles pour tout·e donneur·se d'organes ou de tissus est réalisable peu importe les réponses aux questions de présélection.

Poser des questions de présélection aux donneur·se·s potentiel·le·s au sujet des facteurs de risques pour les infections transmissibles demeure important puisqu'il y a une « fenêtre sérologique » durant laquelle les résultats au dépistage du VIH (ou de l'hépatite C et B)

peuvent être des faux négatifs (échouant à détecter une réelle infection). Cette fenêtre sérologique peut être réduite à environ 7 jours en utilisant les tests des acides nucléiques.³ Cela signifie que la présélection en fonction d'une période d'un an d'abstinence peut être révisée pour réduire cette période de façon importante. Un questionnaire de présélection faisant appel à des questions basées sur les données probantes au sujet des risques liés au VIH réduirait la discrimination et la stigmatisation des personnes 2S/GBTQ+, de celles vivant avec le VIH et élargirait le bassin de donneur·se·s.

	APRÈS COMBIEN DE TEMPS PEUT-ON DÉTECTER LE VIH ?	DISPONIBILITÉ
Test des acides nucléiques (TAN)	Dans la majorité des cas, le VIH peut être détecté environ 7 jours après l'exposition au VIH.	Le TAN est disponible partout au Canada, mais n'est pas offert systématiquement dans tous les cas en raison d'un coût plus élevé que les autres tests. Le TAN est présentement obligatoire pour tou·te·s les donneur·se·s potentiel·le·s « à risque accru de transmission de maladies infectieuses ».
Test combiné anti-gène-anticorps (test de dépistage du VIH 4e génération)	Dans la majorité des cas, le VIH peut être détecté 35 jours après l'exposition au VIH, mais il est possible que le VIH ne soit pas détecté jusqu'à 12 semaines après l'exposition.	Le test combiné antigène-anticorps est le test standard disponible au Canada et est couramment utilisé afin de dépister le VIH.

Compréhension du risque comme étant dynamique

Le VIH, comme d'autres maladies infectieuses, est réparti différemment en fonction de plusieurs facteurs sociodémographiques incluant non seulement l'orientation sexuelle, mais aussi le sexe, l'âge, l'ethnicité, la localisation parmi d'autres facteurs. Pourtant, la plupart de ces facteurs ne sont pas incorporés dans les questionnaires de présélection ou dans les critères d'éligibilité en vue d'un don d'organes ou de tissus. Plutôt qu'exclure certains groupes démographiques du don d'organes et de tissus — une pratique fondamentalement discriminatoire — nous devons déterminer l'admissibilité en fonction des risques comportementaux fondés sur les données probantes. Cette idée est particulièrement d'actualité aujourd'hui, puisque notre compréhension de la transmission du VIH a

considérablement évolué depuis que l'interdiction des dons de sang, d'organes et de tissus pour les personnes 2S/GBTQ+ a été instaurée pour la première fois.

Santé Canada a reconnu que les critères d'admissibilité pour le don de sang fondés directement sur les rapports sexuels entre hommes constituent un processus discriminatoire et a ajusté ses questions de présélection à l'intention des donneur-se-s de sang potentiel-le-s afin que l'accent soit mis sur les comportements sexuels à risque élevé pour tous-tes les donneur-se-s, peu importe leur genre ou orientation sexuelle. Le système de dons et greffes d'organes et de tissus devrait être mis à jour dans la même direction.

Examens physiques pour déceler des « preuves » de sexe anal

Pour les donneur-se-s d'organes décédé-e-s, un examen du corps est réalisé afin d'identifier les maladies ou infections pouvant affecter le receveur-se d'organes. Au Canada, cela peut inclure un examen rectal afin de déceler des « preuves » de sexe anal et pour identifier les donneur-se-s comme étant 2S/GBTQ+ en fonction de l'exposition au VIH. En réalité, cette pratique n'offre aucune indication clinique pertinente au sujet du statut sérologique.

Les examens rectaux sont non seulement inefficaces dans l'identification de comportements sexuels, ils perpétuent aussi et se basent sur des notions homophobes au sujet des identités 2S/GBTQ+, de leurs

comportements sexuels et des risques liés au VIH. Aucune preuve fiable ne soutient cette méthode d'analyse et les donneur-se-s (ou leur décisionnaire mandaté-e) n'ont pas accès à un processus standardisé pour partager leur consentement éclairé, processus qui leur expliquerait les raisons motivant cet examen. Les examens anaux forcés ont été employés par la police et d'autres groupes afin de persécuter les personnes 2S/GBTQ+ dans des pays où l'homosexualité est criminalisée.^{4 5} Pour de nombreuses personnes 2S/GBTQ+ au Canada, ces pratiques sont émotionnellement et politiquement chargées, liées non seulement à la persécution, mais aussi aux expériences de stigmatisation et de maltraitance au sein du système médical.

Reconnaître les vies trans, diverses sur le plan du genre et intersexes dans le système de DGOT

Il n'y a actuellement pas de méthode standardisée permettant de documenter le genre ou les identités transgenres au sein du système de DGOT au Canada. Cela signifie que le système n'est pas pro-trans, ou inclusif des personnes intersexes. Cette incapacité du système de santé à différencier le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre des donneur-se-s et receveur-se-s trans signifie également l'existence d'un manque de transparence et souvent un manque de soutien pour les personnes trans et diverses sur le plan du genre impliquées dans le DGOT. Lorsque les critères d'éligibilités aux dons sont basés sur des catégories rigides et binaires en ce qui a trait au genre et au sexe, ces critères peuvent être appliqués incorrectement et entraîner de l'exclusion et des méfaits affectant de nombreuses personnes 2S/LGBTQ+. Des lignes

directrices claires et des systèmes d'information sur la santé inclusifs réduiraient les barrières qui empêchent nos communautés de donner des organes et des tissus et offriraient une occasion aux clinicien-ne-s et autres membres du personnel des soins de santé d'offrir des soins culturellement appropriés et pro-trans.

Une meilleure conscientisation du personnel clinique ainsi que des orientations cliniques sont nécessaires afin de soutenir des expériences positives pour les donneur-se-s et receveur-se-s d'organes trans et divers-es sur le plan du genre.⁶ L'hormonothérapie pour les personnes trans peut influencer les taux de créatinine sérique (un test des fonctions rénales); très peu demeure néanmoins connu en ce qui a trait à l'interprétation des fonctions rénales pour les patient-e-s de greffes trans et divers-es sur le plan du genre en amont

et en aval de la greffe.² De plus amples recherches et orientations cliniques afin de soutenir les patient·e·s trans et divers·es sur le plan du genre sont nécessaires afin d'améliorer l'équité en santé et d'assurer des résultats de santé positifs pendant et après l'opération de

greffe. Les personnes qui ont été intersexualisées ont des expériences particulières au sein du système de santé. Les impacts spécifiques de ces expériences sur les DGOT se doivent d'être étudiés de façon précise et spécifique.⁷

Un besoin pour de meilleures données sur l'équité dans les DGOT

Les personnes 2S/GBTQ+ ne sont pas le seul groupe à vivre des iniquités dans le processus des DGOT. Au Canada, de nombreuses études démontrent que parmi les personnes ayant besoin d'une greffe de rein, les personnes blanches ont davantage tendance à recevoir un rein que les personnes non blanches.^{8,9} Certaines des raisons suggérées pour cette tendance incluent moins de connaissances au sujet des options de greffes d'organes, des barrières de langue, et moins de donneur·se·s parmi les proches de la personne dans le besoin. Cela peut cependant aussi être lié à d'autres barrières systémiques, incluant le manque d'approches culturellement appropriées et antiracistes dans la prestation de services de santé. Les personnes autochtones sont aussi moins susceptibles de recevoir une greffe comparativement au reste de la population.¹⁰ Il doit y avoir plus d'efforts déployés afin de comprendre les raisons derrière les iniquités raciales dans les DGOT, et plus d'actions entreprises afin de remédier à ces iniquités.

De manière générale, il y a beaucoup à faire afin de comprendre les autres enjeux relatifs à l'équité qui affectent les DGOT au Canada. La recherche dans d'autres pays suggère que d'autres facteurs comme la localisation géographique et l'obésité (surtout chez les femmes) peuvent affecter la probabilité de recevoir un organe dans ces contextes.¹¹ Cela étant dit, de plus amples recherches sont nécessaires afin de cerner comment ces facteurs influencent le don d'organes et de tissus au Canada, et ce qui peut être accompli afin d'améliorer l'équité en santé dans les DGOT.

Soutien de la part de tous les partis pour mettre un terme aux politiques discriminatoires relatives aux dons d'organes et de tissu

Le Comité permanent de la santé est un groupe qui rassemble des membres élu·e·s au parlement de tous les partis politiques et qui étudie des questions liées à Santé Canada, y compris les projets de loi et les règlements. Pendant l'été 2019, ce Comité a entendu des témoignages d'expert·e·s de partout au pays au sujet de l'amélioration des résultats en santé pour les Canadien·ne·s 2S/LGBTQ+. Le rapport final du Comité, endossé par ses membres, inclut une recommandation explicite pour mettre fin aux

politiques discriminatoires relatives aux dons d'organes et de tissus, c'est-à-dire que le rapport recommande que «le gouvernement du Canada mette un terme à toutes les pratiques discriminatoires en matière de don de sang, d'organes et de tissu envers les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les personnes trans et qu'il adopte des politiques d'évaluation des donneurs fondées sur des données probantes, neutres sur le plan du genre et fondées sur les comportements».

Conclusion

Les lignes directrices et pratiques actuelles relatives au DGOT au Canada discriminent les personnes 2S/GBTQ+ et perpétuent des notions erronées au sujet des identités sexuelles 2S/GBTQ+ et du risque lié au VIH. Nous demandons à Santé Canada de réévaluer leurs critères d'admissibilité conformément aux données actuelles en lien avec l'exposition au VIH et à sa transmission, de soutenir activement le retrait des examens rectaux de routine (ou d'instaurer immédiatement des processus appropriés et standardisés pour l'obtention du consentement éclairé), d'établir des processus de consentement éclairé obligatoires pour les donneur·se·s dont les organes et tissus seront

désignés comme étant à risque accru de transmission de maladies infectieuses, et de consulter les communautés trans et diverses sur le plan du genre afin d'acquiescer une meilleure compréhension des iniquités auxquelles elles font face dans le système de DGOT en vue de remédier à ces iniquités. En rendant notre système de DGOT plus inclusif et respectueux nous aidons ultimement les donneur·se·s, les familles des donneur·se·s et les receveur·se·s. L'intégration sécuritaire des changements proposés élargira le bassin de donneur·se·s tant pour les organes que pour les tissus, ce qui est bénéfique à tous·tes les Canadien·ne·s.

Références

1. Health Canada. Guidance Document for Cell, Tissue, and Organ Establishments: Safety of Human Cells, Tissues and Organs for Transplantation. 2018 May. Disponible au : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/biologics-radiopharmaceuticals-genetic-therapies/regulatory-initiatives/cells-tissues-organs/guidance-document-safety-human-cells-tissues-organs-transplantation.html#a26>
2. Krupka E, Curtis S, Ferguson T, Whitlock R, Askin N, Millar AC, et al. The Effect of Gender-Affirming Hormone Therapy on Measures of Kidney Function. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2022 Sep;17(9):1305–15.
3. CST CNTRP Increased Risk Donor Working Group. Guidance on the Use of Increased Infectious Risk Donors for Organ Transplantation. *Transplantation*. 2014 Aug 27;98(4):365–9.
4. Cichowitz C, Rubenstein L, Beyrer C. Forced anal examinations to ascertain sexual orientation and sexual behavior: An abusive and medically unsound practice. *PLoS Med*. 2018 Mar;15(3):e1002536.
5. Dignity Debased: Forced Anal Examinations in Homosexuality Prosecutions [Internet]. Human Rights Watch; Jul 2016 [cité 24 Oct 2022]. Disponible au : <https://www.hrw.org/report/2016/07/12/dignity-debased/forced-anal-examinations-homosexuality-prosecutions>
6. Ramadan OI, Naji A, Levine MH, Porrett PM, Dunn TB, Nazarian SM, et al. Kidney transplantation and donation in the transgender population: A single-institution case series. *Am J Transplant*. 2020 Oct 27;20(10):2899–904.
7. Holmes, M. (2022). Restoring epistemic justice to a dismissed population: A qualitative needs assessment by and for intersexualized adults in Canada. Egale Canada.
8. Mucsi I, Bansal A, Famure O, Li Y, Mitchell M, Waterman AD, et al. Ethnic Background Is a Potential Barrier to Living Donor Kidney Transplantation in Canada: A Single-Center Retrospective Cohort Study. *Transplantation*. 2017 Apr;101(4):e142–51.
9. Yoshida EM, Partovi N, Ross PL, Landsberg DN, Shapiro RJ, Chung SW. Racial differences between solid organ transplant donors and recipients in British Columbia: a five-year retrospective analysis. *Transplantation*. 1999 May 27;67(10):1324–9.
10. Yeates KE, Cass A, Sequist TD, McDonald SP, Jardine MJ, Trpeski L, et al. Indigenous people in Australia, Canada, New Zealand and the United States are less likely to receive renal transplantation. *Kidney Int*. 2009 Sep;76(6):659–64.
11. Ladhani M, Craig JC, Wong G. Obesity and gender-biased access to deceased donor kidney transplantation. *Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc*. 2020 Jan 1;35(1):184–9.