



**TCRI**

Table de concertation  
des organismes au service  
des personnes réfugiées  
et immigrantes



## **L'attestation médicale d'une mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) pour des fins d'immigration : quelles informations devraient-ont inclure**

**GUIDE À L'INTENTION DES PROFESSIONNEL·LE·S DES SERVICES SOCIAUX ET  
DE LA SANTÉ**

Par  
Me Annick Legault



Femmes et Égalité  
des genres Canada

Women and Gender  
Equality Canada

Le présent document a été réalisé par la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (ci-après la TCRI), grâce à une contribution financière du ministère des Femmes et de l'Égalité des genres du Canada.

La TCRI est un regroupement québécois qui compte plus de 150 organismes au service des personnes réfugiées, immigrantes et sans statut. Sa mission vise la défense des droits et la protection des personnes réfugiées et immigrantes au Québec dans leur parcours d'immigration, d'établissement et d'intégration en termes de services, d'aide, de soutien, de réflexion critique et de solidarité sur le territoire québécois.

À titre de regroupement des organismes communautaires du réseau de l'immigration et de l'intégration du Québec, la TCRI s'inscrit dans le mouvement de l'action communautaire autonome en déployant son expertise comme agent de transformation et de développement social. De par leurs pratiques diversifiées et une approche interculturelle, les organismes de la TCRI œuvrent pour un Québec inclusif et riche de sa diversité.

Le Volet Femmes de la TCRI, qui est responsable de la réalisation de ces lignes directrices, a pour objectif d'assurer que les femmes et les filles immigrantes, réfugiées et sans statut voient leurs réalités reflétées et prises en compte et reçoivent des services appropriés et adaptés à leurs besoins.

**ABRÉVIATIONS ET SIGLES UTILISÉS**

<b>ASFC</b>	Agence des services frontaliers du Canada
<b>CCQ</b>	Code civil du Québec
<b>CH</b>	Demande d'exemption de visa pour considérations humanitaires
<b>CISR</b>	Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada
<b>DACJ</b>	Demande d'autorisation et demande de contrôle judiciaire
<b>DPJ</b>	Directeur de la protection de la jeunesse
<b>ERAR</b>	Demande d'évaluation des risques avant renvoi
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations Unies pour la population
<b>HCR</b>	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
<b>ITSS</b>	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
<b>IVAC</b>	Indemnisation des victimes d'actes criminels
<b>LPJ</b>	Loi sur la protection de la jeunesse
<b>MGF</b>	Mutilation génitale féminine
<b>MGF/E</b>	Mutilation génitales féminines, dont l'excision
<b>ODD</b>	Objectif de développement durable
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONU</b>	Organisation des Nations-Unies
<b>RIVO</b>	Réseau d'intervention auprès des personnes victimes de violences organisées
<b>SOGC</b>	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
<b>SPR</b>	Section de la protection des réfugiés (de la CISR)
<b>TCRI</b>	Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes
<b>UNICEF</b>	United Nations of International Children's Emergency Fund
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la population

## REMERCIEMENTS

### Coordination, recherche et rédaction

**Annick LEGAULT**, avocate

**Jennifer Lys GRENIER**, M.A. Anthropologie, coordonnatrice du Volet Femmes et coordonnatrice de la réalisation du projet MGF/E, TCRI

**Marianne LEAUNE-WELT**, Maîtrise en droit social, coordonnatrice à la gestion interne et opérationnelle de la TCRI

**Pour leur contribution, le Volet Femmes de la TCRI remercie les personnes suivantes :**

**Rita ACOSTA**, coordonnatrice Mouvement contre le viol et l'inceste (MCVI)

**Anne-Marie BELLEMARE**, Travailleuse sociale à la Maison bleue

**Élise DUBUC** MD FRCSC PhD(c), Obstétricienne-Gynécologue, Gynécologue pédiatrique et de l'adolescence, Chef du service de Gynécologie CHU Sainte-Justine, Candidate au PhD de sexologie de l'UQAM, Professeure adjointe de clinique, département d'Obstétrique-Gynécologie, Université de Montréal

**Anne-Sophie GERGOY**, infirmière, Maison Bleue de Parc-Extension

**Laurence GILLI**, intervenante sociale, Ressource Action Alimentation de Parc-Extension

**Véronique HARVEY**, travailleuse sociale et psychothérapeute, Réseau d'intervention auprès des personnes victimes de violences organisées (RIVO)

**Myriam KASZAP** Inf./RN, PhD, Infirmière de proximité, Médecins du Monde Canada

**Annie LÉGER**, sage-femme, PRAIDA/Maison de naissance Côte-des-Neiges

**Karine PÉPIN** MD, FRCPC Pédiatre, Professeure adjointe de clinique, Clinique de pédiatrie sociojuridique, CHU Sainte-Justine/Université de Montréal

Liette **PERRON**, Gestionnaire de projet en santé mondiale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

**Gabrielle RIVIÈRE**, psychoéducatrice, Maison Bleue de Parc Extension

**Marie-Rose SHOUCRI MD MSc.** Clinique des demandeurs d’asile et réfugiés (CDAR), CSSS de la Montagne

**Marc STEBEN MD,** Groupe de médecine familiale La Cité du Parc Lafontaine, Président Réseau Canadien de Prévention du VPH/ Chair Canadian Network for HPV Prevention, Président Communications Action Santé inc.

**Laurent TORDJMAN, MD,** Professeur adjoint de clinique à l’université de Montréal, Obstétrique Gynécologie, Chef du service d’obstétrique et de grossesse à risque élevé

**Bilkis VISSANDJÉE, PhD,** professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Chercheure, Institut de recherche SHERPA, CIUSSS Centre-Ouest de l’Île-de-Montréal, Centre de recherche en santé publique, Université de Montréal.

Des remerciements sont exprimés au ministère des Femmes et de l’Égalité des genres qui, par sa contribution financière, a rendu possible la rédaction de ce document.

---

## PRÉAMBULE

Aujourd'hui, les mutilations génitales féminines/excisions<sup>1</sup> se pratiquent partout dans le monde, y compris en occident. Dans ce contexte, en janvier 2020, la TCRI a produit un rapport sur l'*État de la situation* des MGF au Québec.<sup>2</sup> Principalement, il en est ressorti, que les femmes et les fillettes ayant vécu et/ou craignant une MGF/E bénéficieraient d'un accès à un continuum de services intersectoriels et spécialisés pour assurer le soutien et la prise en charge de l'ensemble de leurs besoins associés à cette question.

Les besoins spécifiques de ces femmes et de ces fillettes ayant subi ou craignant subir une excision dans leur pays d'origine incluent l'émission de preuves pour les fins de leur dossier d'immigration, notamment lorsque celles-ci demandent l'asile au Canada.<sup>3</sup> Entre autres exigences, les femmes et les fillettes doivent souvent produire une attestation médicale, un rapport psycho-social et/ou un rapport psychologique pour faire la preuve qu'elles ont subi, ou non, une MGF/E et documenter les complications qui en ont découlé. Considérant l'importance potentiellement cruciale d'un tel document et la complexité des programmes d'immigration, notamment le système d'asile canadien, nous avons jugé pertinent de développer ces lignes directrices afin de mieux outiller les professionnels/les<sup>4</sup> des services sociaux et/ou de la santé appelés à produire un tel document.

---

<sup>1</sup> Dans le présent document, le choix du terme « MGF/E » a été fait *afin de tenir compte des usages et des fonctions diverses des vocables (...)*. Citation reprise de : Les mutilations génitales féminines, Un état de situation au Québec, Réalités, besoins et recommandations, janvier 2020, p.14 [En ligne] [[http://tcri.qc.ca/images/publications/volets/voletfemmes/2020/E%CC%81tat\\_de\\_Situation\\_sur\\_les\\_MGF\\_TCRI\\_2020\\_.pdf](http://tcri.qc.ca/images/publications/volets/voletfemmes/2020/E%CC%81tat_de_Situation_sur_les_MGF_TCRI_2020_.pdf)] (ci-après le Rapport). De plus, MGF/E est : « *largement utilisée par le Comité multisectoriel pour désigner l'ensemble des pratiques et des contextes. Mutilation génitale féminine est : « L'expression « ... » utilisée comme terme parapluie pour désigner l'ensemble des pratiques traditionnelles qui sont visées par le droit international et les agences onusiennes et sur lequel se fondent la plupart des législations nationales, dont les lois canadiennes.* » (p.13) Alors que le terme excision : « (...) et « infibulation » sont utilisés pour désigner des pratiques spécifiques. Ceux-ci se veulent neutres, factuels et détachés des processus politico-historiques qui ont mené à leur définition sur la scène internationale. » (p.13)

<sup>2</sup> Le Rapport, précité.

<sup>3</sup> Le présent document peut aussi servir pour des démarches d'immigration suivant un refus d'une demande d'asile: demande d'appel, demande d'exemption de visa pour considérations humanitaires, (ci-après demande CH) et une demande d'évaluation des risques avant renvoi (ci-après demande ERAR).

<sup>4</sup> Ce terme désigne l'ensemble des intervenants, dont : infirmiers/ères, médecins, sages-femmes, psychothérapeutes, psychologues, psychiatres, travailleurs/es sociaux, intervenants/es sociaux, etc.

---

**TABLE DES MATIÈRES**

	Page
1. Mise en contexte des MGF/E	
2. Définitions et types de MGF/E	
2.1 Les complications des MGF/E	
2.2 Les MGF/E s’inscrivent souvent dans un continuum de violence faite aux femmes	
2.3 Pays où les MGF/E se pratiquent	
3. Le droit criminel canadien	
4. Directeur de la protection de la jeunesse	
5. La communication dans le contexte d’un dossier MGF/E	
5.1 Communiquer l’importance du mot mutilation	
6. Documents des professionnel·le·s des services sociaux et de la santé	
6.1 Attestation médicale pour une MGF/E (certificat médical)	
6.1.1 Identification des autres cicatrices	
6.2 Documents psycho-sociaux, psychologiques et psychiatriques	
6.2.1 Attestation de suivi et expertise de fonctionnement social	
6.2.2 Rapport psychologique et rapport psychiatrique	
7. Démarches en matière d’immigration pour lesquelles un document d’un·e professionnel·le des services sociaux et/ou de la santé est pertinent	
7.1 Demande de refuge « moins complexe »	
7.2 Demande de refuge « procédure régulière »	
7.3 Démarches suivant une demande de refuge déboutée	
7.3.1 Demande d’exemption de visa pour considérations humanitaires (CH)	
7.3.2 Demande d’évaluation des risques avant renvoi (ERAR)	
Conclusion	
Documents cités	
Annexe	
A. Aide-mémoire	
B. Exemples d’attestations	

## 1. MISE EN CONTEXTE

Les mutilations génitales féminines, dont l'excision (MGF/E) sont des pratiques qui existent depuis l'Antiquité<sup>5</sup> et qui sont maintenant pratiquées sur tous les continents sauf l'antarctique. L'Organisation mondiale de la santé (ci-après OMS) estime aujourd'hui à plus de 200 millions le nombre de femmes et de fillettes ayant subi une MGF/E.<sup>6</sup> De plus, on prévoit que plus de quatre (4) millions de filles risquent de subir une MGF/E en 2020.<sup>7</sup> Cette estimation a été réévaluée à la hausse par le Fond des Nations Unies pour la population (ci-après UNFPA) qui a constaté une recrudescence des violences genrées, incluant les MGF/E, dans le contexte de la pandémie du coronavirus.<sup>8</sup>

Bien qu'il n'existe que de l'information anecdotique sur la pratique de l'excision en sol canadien, plusieurs milliers de femmes et de fillettes à risque ou ayant déjà subi une MGF/E se trouvent, elles, au Canada.<sup>9</sup> Dans ce contexte, il importe donc que les professionnel·le·s aient les connaissances nécessaires pour leur offrir des services appropriés et adaptés.

Cela fait déjà plusieurs décennies que des acteurs internationaux et nationaux se mobilisent sur la question des MGF/E et qu'ils luttent pour leur abolition.

Suivant l'exemple de l'Union Africaine (UA et la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes, interdisant « toute forme de mutilation génitale féminines (MGF) et

<sup>5</sup> *Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences*, by Bilkis Vissandjée, Shereen Denetto, Paula Migliardi and Jodi Proctor, BMC, International Health and Human Rights, 2014, [En ligne]

[<https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-14-13>]

<sup>6</sup> *Mutilations Sexuelles Féminines*, WHO, 3 février 2020, [En ligne] [<https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/female-genital-mutilation>]

<sup>7</sup> *Mutilations génitales féminines : plus de 4 millions de filles menacées cette année, alerte l'ONU*, ONU Info, 6 février 2020, [En ligne] [<https://news.un.org/fr/story/2020/02/1061322>]

Les informations avaient été recueillies pré-COVID-19. Depuis le début de la pandémie il fut constaté une recrudescence de la pratique. *Plan internationale signale une augmentation considérable des MGF en Somalie en période de confinement*, 27 mai 2020 [En ligne]

[<https://www.plan-international.fr/info/actualites/communiqués-de-presse/plan-international-augmentation-mgf-somalie-confinement>] & Confinement et après Covid-19 : le risque d'excision en hausse, les associations donnent l'alerte, 4 juin 2020, [En ligne]

[<https://information.tv5monde.com/terriennes/confinement-et-apres-covid-19-le-risque-d-excision-en-hausse-les-associations-donnent-l>]

<sup>8</sup> UNFPA, *Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage*, 27 avril 2020, [En ligne]

[[https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19\\_impact\\_brief\\_for\\_UNFPA\\_24\\_April\\_2020\\_1.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf)]

<sup>9</sup> Voir la Politique sur la mutilation génitale féminine, dernière version révisée en 2009, La Commission ontarienne des droits de la personne, Section 4 : Les MGF au Canada, [En ligne]

[<http://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-mutilation-genitale-feminine/4-la-mgf-au-canada>]

Témoignages selon lesquels des MGF étaient pratiquées en Ontario et ailleurs au Canada. De plus, dans un autre document, on mentionne qu'au Québec des MGF/E seraient pratiquées, voir *Les mutilations génitales féminines, une forme extrême de violence faite aux femmes*, 6 février 2006, par Aoua Bocar Ly-Tall, [En ligne]

[<http://sisyphe.org/spip.php?article2150>]



toutes les autres pratiques néfastes » (Article 5, Protocole de Maputo<sup>10</sup>), l'Europe s'est dotée d'instruments législatifs tels que la Convention d'Istanbul dont nombreux états européens sont signataires. Pour cette raison, on y recense déjà beaucoup de documents crédibles offrant des informations pour l'ensemble des acteurs de premières lignes auprès des femmes et des fillettes ayant subi une MGF/E ou la craignant. Ces mêmes pays, pour la plupart, ont aussi adopté des plans d'action nationaux visant à les éradiquer. Quant au Canada, il existe certaines références sur les MGF/E,<sup>11</sup> mais il n'existe aucun plan national sur le sujet.

C'est seulement dans les années 90 que l'on a reconnu les MGF/E comme des violations des droits fondamentaux des femmes et des fillettes.<sup>12</sup> Autant les MGF/E pratiquées traditionnellement que celles pratiquées dans un contexte médicalisé ont été caractérisées comme des violations: « *Les mutilations opérées par des médecins sont toujours des mutilations. Les professionnels de la santé formés qui pratiquent les MGF violent les droits fondamentaux, l'intégrité physique et la santé des filles* », a déclaré la Directrice exécutive de l'UNICEF, Henrietta Fore. « *Médicaliser la pratique ne la rend pas sûre, morale ou défendable* ».<sup>13</sup> La Société obstétrique et gynécologique du Canada (ci-après SOGC) endosse leur éradication et condamne leur médicalisation.<sup>14</sup>

## 2. DÉFINITIONS & TYPES DE MGF/E

Les MGF/E constituent une violence fondée sur le sexe du fait « ... *qu'elles sont enracinées dans les inégalités et les déséquilibres des rapports de force entre hommes et femmes et qu'elles empêchent les femmes de jouir pleinement et en toute égalité de leurs droits humains.* »<sup>15</sup>

C'est en 1997 que l'on a vu émerger une classification commune des types de MGF/E & celle-ci demeure une référence à ce jour.<sup>16</sup>

<sup>10</sup> Guignard, L. (2016). La construction d'une norme juridique régionale : le cas des mutilations génitales féminines en Afrique. *Critique internationale*, 70(1), 87-100. <https://doi.org/10.3917/criti.070.0087>

<sup>11</sup> Entre autres, le Guide pour les professionnels de la santé œuvrant auprès des familles immigrantes et réfugiées, les mutilations génitales féminines/excisions, [En ligne] [\[https://www.enfantsneocanadiens.ca/screening/fgm\]](https://www.enfantsneocanadiens.ca/screening/fgm)

Notons que plusieurs liens ne sont pas gratuits et nécessitent une inscription.

<sup>12</sup> *Le rapport*, p.6

<sup>13</sup> *Mutilations génitales féminines : plus de 4 millions de filles menacées cette année, alerte l'ONU*, ONU Info, 6 février 2020, [En ligne] [\[https://news.un.org/fr/story/2020/02/1061322\]](https://news.un.org/fr/story/2020/02/1061322)

Voir aussi, de l'UNICEF, MGF : 1 survivante sur 4 a été excisée par un prestataire de santé, 6 février 2020 [En ligne] [\[https://www.unicef.fr/article/mgf-1-survivante-sur-4-ete-excisee-par-un-prestataire-de-soins-de-sante\]](https://www.unicef.fr/article/mgf-1-survivante-sur-4-ete-excisee-par-un-prestataire-de-soins-de-sante)

<sup>14</sup> *SOGC policy statement, Female Genital Cutting/Mutilation*, No. 272, February 2012 [En ligne] [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35164-7/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35164-7/pdf)

<sup>15</sup> Éliminer les mutilations sexuelles féminines, Déclaration interinstitutions, 2008, p. 11, [En ligne] [\[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43902/9789242596441\\_fre.pdf?sequence=1,\]](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43902/9789242596441_fre.pdf?sequence=1)

<sup>16</sup> Éliminer les mutilations sexuelles féminines, Déclaration interinstitutions, 2008, p. 3 [En ligne] [\[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43902/9789242596441\\_fre.pdf?sequence=1,\]](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43902/9789242596441_fre.pdf?sequence=1)

Voici la classification des MGF/E de l'OSM, selon le degré de sévérité de l'intervention adoptée :<sup>17</sup>

Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques (OMS, UNICEF, UNFPA, 1997)

Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie).

Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).

Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation).

Type IV : Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.<sup>18</sup>

Cette catégorisation des MGF/E est contestée, entre autres, du fait qu'il soit impossible de pratiquer une ablation « totale » du clitoris aux vues de sa physiologie et ce même en performant les formes les plus extrêmes de mutilations.<sup>19</sup>

Le clitoris est:

*« (...) un petit organe érectile de l'appareil génital de la femme, situé au niveau de la partie antérieure de la vulve. Il ne se résume pas au petit bouton que l'on voit et ressent sous les doigts, ce n'est que sa partie émergée. Les 9/10e du clitoris sont internes et invisibles. »<sup>20</sup> À titre indicatif, la partie visible du clitoris mesure entre 0,5 et 1 cm,*

<sup>17</sup> Pour une classification plus détaillée, voir le *Rapport*, précité, p.7 qui reprend *Care of girls and women living with female genital mutilation, WHO*, pp.27-31, [En ligne]

[<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>]

<sup>18</sup> *Éliminer les mutilations sexuelles féminines*, Déclaration interinstitutions, 2008, p. 4, [En ligne]

[[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43902/9789242596441\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43902/9789242596441_fre.pdf?sequence=1)]

<sup>19</sup> À cet effet: *Une ouverture aux mutilations vaginales? Stupéfaction au Québec*, Le Devoir, Amélie Daoust-Boisvert, 16 avril 2014, [En ligne]

[<https://www.ledevoir.com/societe/405697/une-ouverture-aux-mutilations-vaginales-stupefaction-au-quebec>]

<sup>20</sup> *Clitoris : anatomie, taille, zone érogène*, paru dans *Le Journal des Femmes, Santé*, 19 juin 2019, [En ligne] <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2538496-clitoris-anatomie-taille-zone-erogene/>

tandis que la tige, invisible et localisée à la suite du gland, peut mesurer jusqu'à 10 cm.<sup>21</sup>

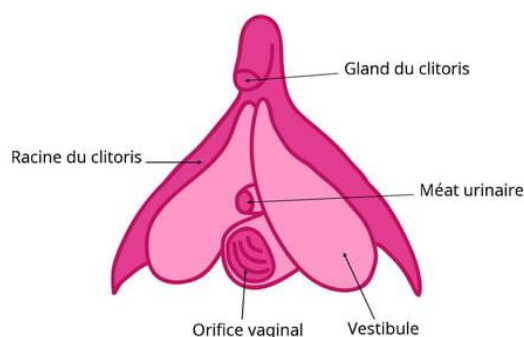


Schéma repris du Journal des Femmes, Santé, 19 juin 2019

Ainsi, lorsque l'on allègue une ablation totale du clitoris, on réfère généralement à son gland et non pas à l'intégralité de ses racines qui ne sont aucunement accessibles. Au moment où la typologie des MGF/E a été pensée, les connaissances scientifiques relatives au clitoris étaient minimales; on le percevait comme un « petit bouchon » et rien de plus.<sup>22</sup>

Principalement, on pratique les MGF/E du type 1 et du type 2.<sup>23</sup> Les MGF/E de type 3 représentent environ 10 % des cas et elles sont principalement pratiquées en Somalie, au Nord du Soudan et au Djibouti.<sup>24</sup>

D'après l'Organisation mondiale de la santé<sup>25</sup>, les MGF/E sont pratiquées le plus souvent entre la petite enfance et l'âge de 15 ans. Cependant, dans certaines communautés elles sont aussi pratiquées sur des fillettes plus jeunes et dans certaines circonstances sur des femmes adultes. En somme, des femmes de tous les groupes d'âges peuvent courir le risque être soumises à une MGF/E.

<sup>21</sup> *Clitoris : anatomie, taille, zone érogène*, paru dans Le Journal des Femmes, Santé, 19 juin 2019, [En ligne] <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2538496-clitoris-anatomie-taille-zone-erogene/>

<sup>22</sup> Le rapport p.9.

<sup>23</sup> *Les mutilations génitales féminines (MGF) - foire aux questions concernant*, UNFPA, juillet 2019 [En ligne] [ [https://www.unfpa.org/fr/resources/les-mutilations-g%C3%A9nitales-f%C3%A9minines-mgf-foire-aux-questions-concernant#where\\_practiced](https://www.unfpa.org/fr/resources/les-mutilations-g%C3%A9nitales-f%C3%A9minines-mgf-foire-aux-questions-concernant#where_practiced)] – les mêmes données se retrouvent dans SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique. *Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées*. Bruxelles; 2011, p.22 [En ligne] [[http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/guide-mgf-fr\\_web.pdf](http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/guide-mgf-fr_web.pdf),]

<sup>24</sup> *Les mutilations génitales féminines (MGF) - foire aux questions concernant*, UNFPA, juillet 2019 [En ligne] [ [https://www.unfpa.org/fr/resources/les-mutilations-g%C3%A9nitales-f%C3%A9minines-mgf-foire-aux-questions-concernant#where\\_practiced](https://www.unfpa.org/fr/resources/les-mutilations-g%C3%A9nitales-f%C3%A9minines-mgf-foire-aux-questions-concernant#where_practiced)]

<sup>25</sup> *Mutilations sexuelles féminines : principaux faits*. OMS, 3 février 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Une femme ou une fillette peut, après avoir vécu une excision, être contrainte d'en subir d'autres au cours de sa vie.<sup>26</sup> Notamment, une femme excisée, avant un accouchement, pourrait avoir à subir une désinfibulation et ensuite une réinfibulation.

Une **désinfibulation** consiste à sectionner la cicatrice vaginale chez une femme qui a subi une infibulation, ce qui est souvent nécessaire pour remédier aux complications sanitaires et à la souffrance ainsi que pour permettre les rapports sexuels ou faciliter l'accouchement.<sup>27</sup>

Quant à une **réinfibulation**, il s'agit d'une procédure pour recréer une infibulation<sup>28</sup> ou une procédure consistant à rétrécir l'orifice vaginal chez une femme après une désinfibulation (notamment après un accouchement); également appelée re-suture.<sup>29</sup>

Aussi, lorsque la femme ou la fillette a été soumise à une forme moins extrême de MGF/E on pourrait vouloir lui imposer une forme d'excision plus sévère, plus tard dans sa vie.

Qui plus est, le type de MGF/E performé par un groupe peut varier dans un même pays, dans une même ethnie, dans une même communauté culturelle. Il ne faut donc pas s'attendre à ce que toutes les femmes et fillettes excisées, ressortissantes d'un même pays, aient subi ou puissent subir, le même type de MGF/E.

## 2.1 Les complications d'une MGF/E

Les MGF/E ne présentent aucun bénéfice médical et les complications immédiates et tardives peuvent être multiples. Il est difficile, voire impossible, de les présenter exhaustivement.

De plus, les complications peuvent être à la fois physiques, psychologiques,<sup>30</sup> sociales, sexuelles et reproductives.

<sup>26</sup> *Note d'Orientation sur les demandes d'asile relatives aux mutilations génitales féminines*, 2009, HCR [En ligne] [<https://www.unhcr.org/fr/publications/legal/4fd737379/note-dorientation-demandes-dasile-relatives-mutilations-genitales-feminines.html>], para. 6 (ci-après Note du HCR)

<sup>27</sup> *Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines*. OMS, Glossaire p.vii [En ligne] [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272847/9789242549645-fre.pdf?ua=1>]

<sup>28</sup> *WHO, Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de la santé de pratiquer des mutilations génitales féminines*, 2010, p. 1 [En ligne] [[https://www.unicef.org/protection/WHO\\_RHR\\_10.9\\_french.pdf](https://www.unicef.org/protection/WHO_RHR_10.9_french.pdf)]

<sup>29</sup> *Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines*, OMS, Glossaire p.vii [En ligne] [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272847/9789242549645-fre.pdf?ua=1>], (ci-après lignes directrices de l'OMS)

<sup>30</sup> Pour l'énumération des conséquences, nous nous sommes référés, entre autres, aux *Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines*, pp.6-7 [En ligne] [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272847/9789242549645-fre.pdf?ua=1>]

Les complications d'une MGF/E peuvent être (...) *différentes selon le type de mutilation subie et selon les conditions dans lesquelles elles sont performées (par exemple, conditions stériles, instruments utilisés, expérience de la personne effectuant la mutilation).* »<sup>31</sup>

### Complications immédiates<sup>32</sup>

- Œdème ou cicatrice chéloïde (vulgairement dit « gonflement des tissus génitaux »)
- Douleurs intenses
- Choc important (traumatisme)
- Saignements excessifs (hémorragie)
- Infections
- Difficultés à uriner (douleurs, fuites, incontinence)
- Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), hépatite et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
- La mort due à une grave hémorragie ou une septicémie

### Complications tardives

- Problème en lien avec les accouchements<sup>33</sup> : 1) accouchement par césarienne 2) enfants nés de femmes ayant subi une MGF/E sont exposés à un risque plus élevé de décès néonatal 2) incidence élevée des hémorragies post-partum, etc.<sup>34</sup>
- Douleurs chroniques (au niveau de la vulve, urinaire, menstruelles, etc.)
- Béance génitale
- Œdème ou cicatrice chéloïde Kyste au niveau de l'organe génital et/ou névrome clitoridien
- Infections (incluant infections transmises sexuellement)<sup>35</sup>
- Une diminution du plaisir sexuel (affecte la libido, mais non pas la fonction sexuelle) et/ou d'autres conséquences psychosexuelles<sup>36</sup>

<sup>31</sup> *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours, Recommandation de bonne pratique, Haute autorité de santé, février 2020, p.27 [En ligne] [\[https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307\\_argumentaire\\_mutilations\\_sexuelles\\_feminines.pdf\]](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf)*

<sup>32</sup> *Care of girls and women living with female genital mutilation*, WHO, p.87, [En ligne] [\[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1\]](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1)

<sup>33</sup> *The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Rigmor C. Berg and Vigdis Underland, Hindawi, Received 27 April 2013; Accepted 10 June 2013, p.11-12, [En ligne] <http://downloads.hindawi.com/journals/ogi/2013/496564.pdf>

<sup>34</sup> *Lignes directrices de l'OMS*, p.12 et 38

<sup>35</sup> *SOGC policy statement, Female Genital Cutting/Mutilation*, No. 272, February 2012 [En ligne] [\[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35164-7/pdf\]](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35164-7/pdf)

<sup>36</sup> *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours, Recommandation de bonne pratique, Haute autorité de santé, février 2020, p.41-48 [En ligne] [\[https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307\\_argumentaire\\_mutilations\\_sexuelles\\_feminines.pdf\]](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf)*

- États de stress post-traumatique, troubles anxieux, dépression, un sentiment de mésestime, perte de mémoire, évitement<sup>37</sup>

Les conséquences d'une MGF/E pouvant varier d'une femme ou d'une fillette à une autre, il est donc important de ne rien présumer et d'être à l'écoute. De plus, il peut arriver qu'une femme n'ait plus aucun souvenir entourant la MGF/E.

Quant aux motivations pour expliquer la pratique de ses mutilations, elles sont multiples dont:

- L'argument hygiénique et/ou esthétique
- L'argument du « rite de passage »
- L'argument religieux (toutes les communautés religieuses sont visées)
- L'argument identitaire et celui de la perpétuation de la tradition
- L'argument sexuel<sup>38</sup>

Il importe de savoir que c'est la *tradition culturelle* qui semble expliquer davantage la persistance de ses pratiques.<sup>39</sup>

Finalement, dans un document récent de la Haute autorité de Santé en France, intitulé *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours*, un argumentaire scientifique paru en février 2020, on y retrouve une description détaillée des conséquences des MGF/E ainsi que maintes références pertinentes.<sup>40</sup>

## 2.2 Les MGF/E s'inscrivent souvent dans un continuum de violence faite aux femmes

Les MGF/E sont une violence sexiste et/ou une violence faite aux femmes et fillettes qui sont rarement vécues isolément. Elles s'inscrivent généralement dans un contexte plus large d'inégalité entre les hommes et les femmes. Ainsi, une femme ou une fillette ayant subi une MGF/E ou craignant d'en subir

<sup>37</sup> *Trop de souffrance – MGF et asile dans l'Union européenne, une analyse statistique*, UNHCR, p.21 [En ligne] <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=5163edf14>

<sup>38</sup> Pour des détails relativement à chacun de ses arguments, voir *Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines*, Gynécologie sans frontière, juillet 2010, p.24-25 [En ligne] <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>

<sup>39</sup> *Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences*, by Bilkis Vissandjée, Shereen Denetto, Paula Migliardi and Jodi Proctor, BMC, International Health and Human Rights, 2014, [En ligne] <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-14-13>

<sup>40</sup> *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours, Recommandation de bonne pratique*, Haute autorité de santé, février 2020, p.27 à 48 [En ligne] [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307\\_argumentaire\\_mutilations\\_sexuelles\\_feminines.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf)

une, a très souvent été exposée à un continuum de violence et/ou de discrimination sexiste via sa famille. Cependant, cette violence et/ou cette discrimination peut aussi prendre racine dans d'autres sphères de sa vie, telles : la famille élargie, les lieux de culte, les lieux de socialisation (marché, services publics, école, etc.), leur communauté, etc.

Entre autres, il importe d'être sensibles aux éléments suivants concernant la femme ou la fillette concernée :

- Les décisions sociales sont possiblement prises et ont possiblement été prises par une tierce personne<sup>41</sup> (exemples: éducation, emploi, etc.)
- Les décisions familiales sont possiblement prises et ont possiblement été prises par une tierce personne (exemples: mariage forcé et/ou précoce (autant le choix du partenaire, que le moment de la célébration de l'union), le lévirat (mariage du frère du défunt mari), l'endroit où elle doit vivre, les enfants qu'elle doit avoir, etc.)
- Possible qu'elles vivent et/ou aient vécu de la violence conjugale et/ou familiale (économique, physique, psychologique et sexuelle)

Il ne faut pas présumer que ce continuum prend fin dès lors que la femme ou la fillette se trouve en sol canadien. Il est donc important d'être sensible à la possibilité que ces actions, en partie ou totalement, soient déterminées par une tierce personne. Qui plus est, une fois au Canada, il arrive que le processus d'immigration participe à renforcer ce continuum de violence, entre autres, lorsque les décideurs remettent en cause les témoignages des femmes survivantes d'une MGF/E ou la craignant pour ses filles ou elle-même.

Quoique le plus souvent via la famille élargie, la violence et/ou la discrimination vécue par la femme ou la fillette peut aussi prendre racine dans d'autres sphères de sa vie, telles : les lieux de culte, les lieux de socialisation (marché, services publics, etc.), leur communauté, etc.

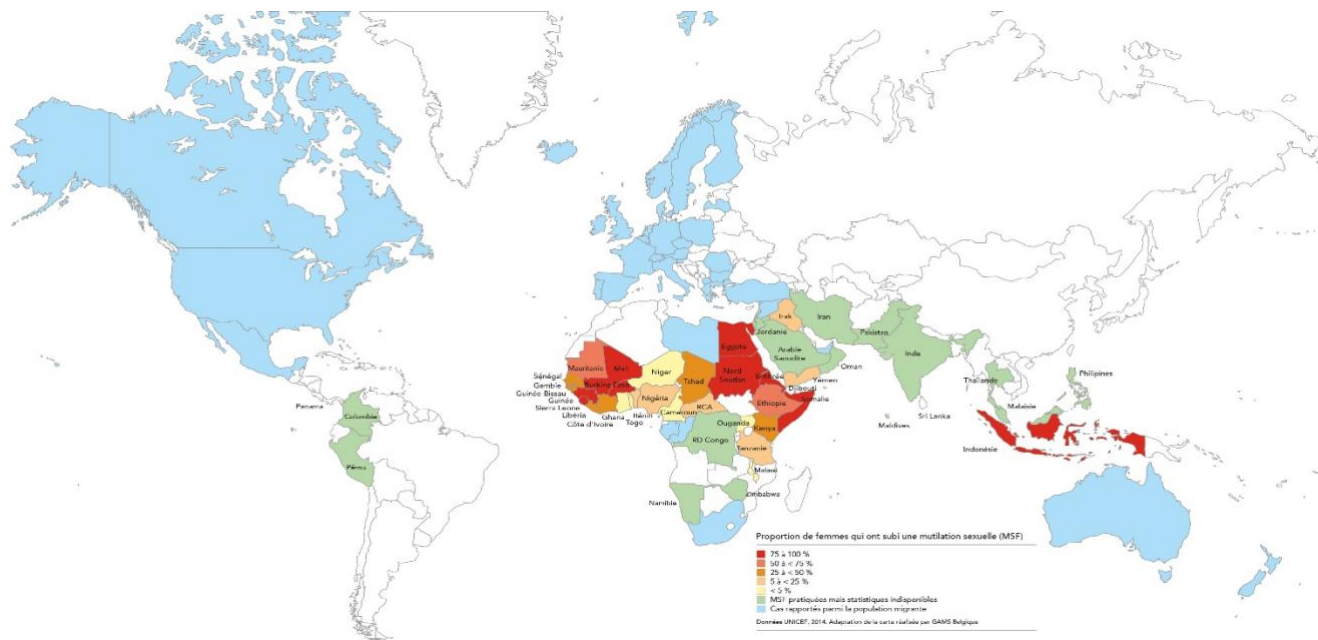
Ce continuum de violence et/ou discrimination est vécu et ressenti différemment chez les femmes et fillettes donc, encore une fois, il importe d'être à l'écoute et de ne pas présumer les faits ou le ressenti qu'elles ont vécu ou qu'elles continuent de vivre.

### **2.3 Pays où on pratique les MGF/E <sup>42</sup>**

<sup>41</sup> Souvent l'homme ou les hommes de sa famille, mais aussi parfois de la famille du conjoint (patriarche/s)

<sup>42</sup>La carte qui suit a été reprise [En ligne]

[<http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-carte2017FR-1.pdf>]



D'après le *Fond des Nations Unies pour la population* (UNFPA), les MGF/E sont pratiquées sur des femmes et des fillettes dans toutes les régions du monde<sup>43</sup> quoique principalement en Afrique, en Asie et en Amérique du sud.

Nonobstant le fait que plusieurs pays, où l'on pratique les MGF/E, aient adopté des lois les criminalisant, ces dernières ont eu très peu d'effets notables à ce jour. Entre autres, on constate que :

- L'attitude sociétale, elle, demeure inchangée vis-à-vis des MGF/E;
- Les conséquences légales, souvent minimales, n'ont pas d'effet dissuasif quant aux pratiques;
- Les lois en matière de MGF/E ne sont pas rigoureusement appliquées
- Les lois en matière de MGF/E ne sont pas toujours claires.<sup>44</sup>

### 3. DROIT CRIMINEL CANADIEN & MGF/E

<sup>43</sup> *Perspectives démographiques sur les mutilations génitales féminines*, UNFPA, p.6 [En ligne] [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Demographic%20Perspectives%20on%20FGM\\_FR\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Demographic%20Perspectives%20on%20FGM_FR_0.pdf)

<sup>44</sup> *Female Genital Mutilation: A Literature Review of the Current Status of Legislation and Policies in 27 African Countries and Yemen*, by Jane Muthumbi, Joar Svanemyr, Elisa Scolaro, Marleen Temmerma & Lale Say, *African Journal of Reproductive Health*, September 2015: 19 (3)



Le Canada criminalise les MGF/E depuis 1997 avec l'adoption de l'article 268 (3) du Code Criminel.<sup>45</sup> Elles sont incluses sous la rubrique des voies de fait graves.

Une personne peut être jugée criminellement responsable pour avoir pratiqué ou participé à une MGF/E sur une fillette ou une femme au Canada, mais aussi à l'étranger. La pratique qui consiste à faire voyager une enfant à l'étranger dans le but de la faire exciser durant les congés scolaires est bien documentée, notamment en Europe où des campagnes spécifiques visent à prévenir le « vacation cutting ».

Il est donc important que les professionnel·le·s de la santé et des services sociaux soient conscient·es de la possibilité qu'une fillette vivant au Canada puisse être à risque d'une MGF/E. Plusieurs publications, principalement en Europe, ont été produites afin de servir d'outils pour repérer plus facilement ces fillettes à risque.

Les critères à retenir pour évaluer le vecteur de risque d'une MGF/E sur une fillette sont les suivants<sup>46</sup> :

- La famille vient d'une communauté qui est connue pour pratiquer les MGF/E ;
- La mère de la fille ou sa sœur, sa cousine, ont subi une MGF/E ;
- Une fille dont le père vient d'une communauté pratiquant la MGF/E ;
- La famille indique que des personnes âgées de leur communauté ont un niveau d'influence très élevé ou que ces personnes âgées sont impliquées dans l'éducation des petites filles ;
- Lorsque l'on aborde le sujet des MGF/E avec la famille :
  - Les parents ont un accès limité à l'information à propos des MGF/E,
  - Les parents pensent que le risque lié à une MGF/E est relatif,
  - Les parents ne connaissent pas la législation,
  - Les parents pensent que le risque de pratiquer une MGF/E sur leur enfant est moindre s'ils sont à l'extérieur du pays pour une période prolongée ;
  - La famille et la fille ne sont pas bien intégrées dans le pays d'accueil ;
  - La famille n'a pas de lien avec des professionnels (de santé, éducation ou autre) ou la famille est déjà connue par le système de santé et des services sociaux en raison d'autres problèmes liés à la protection de l'enfance.

Les critères à rechercher pour l'évaluation du **risque imminent** sont :

<sup>45</sup> Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46), [En ligne] <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/page-57.html#docCont>

<sup>46</sup> L'ensemble des critères repris proviennent du document *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours*, Recommandation de bonne pratique, Haute autorité de santé, février 2020, p. 55-56  
[Enligne][[https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307\\_argumentaire\\_mutilations\\_sexuelles\\_feminines.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf)]

- Les parents indiquent qu'ils ont l'intention d'emmener leur fille à l'étranger pour une période prolongée ;
- Les parents demandent une vaccination pour leur fille en raison d'un futur départ à l'étranger, la fille vient d'être vaccinée, exemple pour la fièvre jaune ;
- Un-e parent ou un membre de la famille exprime son inquiétude sur une MGF/E qui pourrait être faite sur la fille ;
- La fille confie au professionnel de santé qu'elle va participer à une célébration toute particulière ou une occasion de « devenir une femme » ou qu'elle va partir pour de longues vacances dans son pays d'origine, ou vers un autre pays où les MGF/ESF sont pratiquées ;
- Une fille parle de MGF/E lors d'une conversation, par exemple en parlant d'une autre enfant ;
- Une fille demande de l'aide à un professeur ou à un autre adulte car elle est au courant ou elle suspecte qu'elle est à risque immédiat de subir une MGF/E.

Il est important aussi de savoir, et de partager, que si un parent permet qu'une personne procède à une excision sur son enfant, ou ne prend pas l'ensemble des mesures nécessaires pour la prévenir, il engage sa responsabilité criminelle au même titre que la personne qui commet l'acte (article 21 du Code criminel).

Cependant, il faut savoir distinguer entre une MGF/E illégale et la pratique, au Canada, d'une « désinfibulation »<sup>47</sup> ou d'une « défibulation »<sup>48</sup> dans le cadre de soins obstétricaux. Certain-e-s spécialistes sont d'avis que : « *En l'absence de désinfibulation, des complications obstétricales majeures peuvent survenir. En effet, la vulve occluse, cicatricielle, scléreuse constitue un obstacle mécanique à la progression de la présentation.* »<sup>49</sup>

Quant à la réinfibulation, elle constitue un acte criminalisé. Le Collège des Médecins du Québec, dans un guide de 2009, mettait en garde ses membres en explicitant que : (...), *when a patient asks a physician to perform an act that may be harmful to her health, the physician is bound not to perform the act, particularly FGM.*<sup>50</sup> Ce guide a été modifié en février 2020 et aujourd'hui, on n'y trouve aucune mention spécifique de la pratique des MGF/E.

<sup>47</sup> Désinfibulation : Incision de la vulve en vue d'ouvrir le vagin d'une femme ayant subi une infibulation. Définition de l'OMS reprise du glossaire de la *Directive clinique N. 395 – Excision génitale féminine*, SOGC. Février 2020 (remplace N. 299, novembre 2013).

<sup>48</sup> Terme utilisé par la SOGC. Voir *Directive clinique N. 395 – Excision génitale féminine*, SOGC. Février 2020 (remplace N. 299, novembre 2013).

<sup>49</sup> *Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines*, Gynécologie sans frontière, juillet 2010, p. 59, [En ligne] [<https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>]

<sup>50</sup> *Legal, Ethical and Organizational Aspects of Medical Practice in Québec* ALDO-Québec 2009 Edition Available online July 2009, Collège des Médecins du Québec, [En ligne] [<https://www.mcgill.ca/medicine-academic/files/medicine-academic/Legal-Ethical-Organization-Aspects-Medical-Practice-Quebec.pdf>]

Toutefois, les Directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) énoncent explicitement que les demandes de réinfibulation doivent être refusées.<sup>51</sup>

La réinfibulation constitue une forme de MGF/E, condamnée dans plusieurs pays, notamment au Canada. La Commission ontarienne des droits stipule que les MGF/E, y compris les réinfibulations, constituent une voie de fait grave au sens du Code criminel canadien :

L'exécution d'une MGF, notamment l'infibulation ou la réinfibulation, par un médecin détenant un permis en Ontario serait également considérée comme un manquement professionnel par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et pourrait donner lieu à une accusation au criminel pour voies de fait.<sup>52</sup>

À ce jour, aucune accusation criminelle sous l'article 268(3) du Code criminel n'a été répertoriée. Nonobstant cela, il s'avère important de partager, avec les femmes et les fillettes que vous rencontrez pour une preuve, que le Canada criminalise les MGF/E et cela même si elles se pratiquent à l'extérieur de ses frontières. D'ailleurs, la SOGC encourage ses membres, en usant de leur expertise, d'éduquer et de conseiller les familles contre la pratique des MGF/E.<sup>53</sup>

#### **4. DIRECTEUR DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (ci-après la DPJ)**

Dans la situation où il est possible qu'une fillette soit contrainte de subir une MGF/E ou qu'elle l'ait déjà subie, le Directeur de la protection de la jeunesse peut intervenir. Quoique sa loi constitutive ne fasse pas explicitement mention des MGF/E, certaines de ses dispositions peuvent être invoquées pour assurer sa protection.

L'article 38 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*<sup>54</sup> (ci-après la LPJ) prévoit l'ensemble des motifs de compromissions pour une enfant. Dans les cas où on invoque une MGF/E, trois motifs de compromissions peuvent être invoqués:

- 38 c) mauvais traitements psychologiques
- 38 d) abus sexuels

<sup>51</sup> Directive clinique N. 395 – *Excision génitale féminine*, SOGC. Février 2020 (remplace N. 299, novembre 2013).

<sup>52</sup> *Politique sur la mutilation génitale féminine*, Commission ontarienne des droits de la personne, dernière version révisée en 2009, section 5. [En ligne] [<http://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-mutilation-genitale-feminine/5-le-code-des-droits-de-la-personne-de-lontario>]

<sup>53</sup> Directive clinique N. 395 – *Excision génitale féminine*, SOGC. Février 2020 (remplace N. 299, novembre 2013).

<sup>54</sup> Chapitre P-34.1

- 38 e) abus physiques<sup>55</sup>

D'après ce qui précède, le champ d'application de la LPJ est donc plus considérable que celui du Code criminel canadien.<sup>56</sup> De plus, il importe de souligner que le fardeau de preuve au criminel est plus difficile à rencontrer que le fardeau à établir pour conclure à la « compromission » d'un enfant.<sup>57</sup> Les deux lois diffèrent également dans leurs objectifs. Le Code criminel vise à punir l'acte de l'excision et les personnes qui l'ont perpétré, alors que la LPJ cible comme champ d'intervention l'enfant et les conséquences délétères de cet acte sur son intégrité physique et psychologique. Ce, dans l'objectif que les actes de compromissions soient cessés et que les séquelles soient adressées et prises en charge dans le cadre d'une intervention psychosociale systémique visant l'enfant et la famille.

Quant aux motifs de compromission relaté ci-haut, la LPJ prévoit la possibilité d'invoquer les séquelles psychologiques d'une fillette qui serait sujette à une MGF/E, mais aussi pour celles qui en auraient déjà subie une. Ainsi, s'il est constaté que le/la/les garant·e·s de l'autorité parentale n'ont pas répondu aux besoins psychologiques suivant l'excision, on pourra déterminer que l'enfant est compromise.

De plus, le/la/les garant·e·s de l'autorité parentale ne peuvent pas invoquer leurs valeurs et/ou traditions<sup>58</sup> pour justifier une MGF/E sur une mineure (article 38.3)

Il importe de savoir que certain·e·s professionnel·le·s ont l'obligation de faire un signalement auprès de la DPJ, nonobstant l'existence du secret professionnel et ce du moment qu'il y a *un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis (...)*.<sup>59</sup> Quant aux avocat·e·s<sup>60</sup> qui recevraient des informations quant à la compromission d'une enfant dans l'exercice de leurs fonctions, il n'y a aucune obligation de signalement.

Advenant un signalement, les services d'accueil évalueront d'abord la situation et feront une détermination quant aux besoins d'accompagnement ou de prise en charge. Le cas échéant, un plan d'intervention pourra être mis en place, en concertation avec les détenteurs de l'autorité parentale, afin que l'enfant et la famille aient accès à des ressources d'aide en lien avec les difficultés vécues. Ici, il est important de souligner que la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) est une loi d'exception qui est mise en application uniquement pour la durée du plan d'intervention. Aussi, le retrait de la famille est une mesure d'exception appliquée uniquement dans les cas où le niveau d'urgence et de dangerosité le justifie.

<sup>55</sup> Information reprise d'un avis juridique produit par le contentieux de la DPJ en novembre 2019. L'avis avait été présenté lors d'une journée de réflexion sur les MGF/E, le 28 janvier 2020, par Me Marie-Aimée Beaulac du contentieux du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Annie-Claude Bibeau, chef de service accueil Direction de la protection de la jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

<sup>56</sup> Voir le Rapport, précité, p. 33

<sup>57</sup> Voir <https://educaloi.qc.ca/capsules/le-droit-criminel-cest-quoi/> & <https://www.barreau.qc.ca/media/1590/guide-droit-jeunesse.pdf>

<sup>58</sup> Rapport, précité, p.33.

<sup>59</sup> Article 39 de la LPJ.

<sup>60</sup> À l'exclusion des consultant·e·s et autres formes de représentants rémunérés ou non (les notaires sont inclus avec les avocat·e·s)

Dans de telles situations la loi confère à la DPJ des « pouvoirs immédiats » importants<sup>61</sup> pour retirer l'enfant de son lieu de compromission si elle est estimée être en danger imminent. Le Tribunal de la jeunesse peut également délivrer une ordonnance d'urgence afin que le passeport d'une enfant soit saisi si la DPJ a des raisons crédibles de croire que celle-ci court le risque d'être voyageée à l'étranger afin d'être soumise à des pratiques qui sont illégales au Canada, dont l'excision et le mariage forcé ou précoce.

Enfin, la LPJ présente aussi des limites en ce sens qu'elle s'applique exclusivement aux compromissions perpétrées ou liés à des manquements par des personnes. Ainsi, si le Gouvernement canadien, par l'entremise de l'Agence des services frontaliers du Canada (ci-après l'ASFC), procède à la déportation d'une fillette (parfois citoyenne canadienne) qui court un risque réel et imminent d'être excisée dans le pays vers lequel elle est renvoyée, la DPJ n'aura pas juridiction pour intervenir.

## 5. LA COMMUNICATION DANS LE CONTEXTE D'UN DOSSIER MGF/E

La communication peut s'avérer difficile avec une femme et/ou une fillette qui vient vous voir pour une preuve pour son dossier de refuge. Quoiqu'elle ait besoin d'un document de votre part, il est possible que son vécu rende difficile les échanges. D'emblée, elle peut ne pas vouloir aborder ouvertement la question d'une MGF/E avec vous du fait que<sup>62</sup> :

- Elle soit en détresse;
- Elle craint le jugement, les stéréotypes;
- Elle est d'avis que la MGF/E représente une affaire privée, une affaire du passé;
- Elle n'est pas à l'aise, car vous être un homme

Peu importe ce qui l'empêche d'échanger, il est nécessaire de trouver les moyens pour créer un lien de confiance. À ce jour, le Canada n'a produit aucun document pouvant aider en ce sens. Par ailleurs, la Belgique a produit un *Guide à l'usage des professions concernées* par les MGF/E dans lequel on y propose des conseils pertinents, dont l'importance<sup>63</sup> :

- D'être à l'écoute, ne pas forcer la femme à parler plus que capable (se montrer patient);
- De ne pas prétendre pouvoir anticiper les choses à sa place ;
- De démontrer de l'empathie
- De démontrer que l'échange est constructif
- De demeurer objectif
- D'aborder la question de l'atteinte à la santé;

<sup>61</sup> Article 46 de la LPJ.

<sup>62</sup> S'inspire, en partie, du *Manuel pratique à l'usage des avocats*, actualisation juin 2014, p.94 [En ligne] [<https://www.intact-association.org/images/outils/manuel-avocats-2014.pdf>]

<sup>63</sup> SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique. *Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées*. Bruxelles; 2011 p.72-73 [En ligne] [[http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/guide-mgf-fr\\_web.pdf](http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/guide-mgf-fr_web.pdf).]

- De ne montrer aucun jugement quant à la culture, ni vis-à-vis la femme concernée (évitiez de faire usage des mots « normal » ou « anormal »);
- D'être attentif à la présence et l'impact potentiel de nos propres biais et préjugés &
- De faire preuve de compétences culturelles (envisager les expériences et les choix des femmes à partir de leur cadre référentiel et non le nôtre).

### 5.1 Comment communiquer la MGF/E avec la femme et/ou la fillette

Pour les fins du présent document, la prémisse est à l'effet que la femme ou la fillette concernée souhaite une preuve relativement à une MGF/E vécue ou crainte. Ainsi, le sujet de la rencontre ou des rencontres est clair, mais ne le rend pas moins difficile. Il est donc d'une extrême importance de garantir la confidentialité et ce, afin d'assurer la création d'un lien de confiance, pour favoriser le partage d'informations nécessaires à l'élaboration des documents.

De plus, le-la professionnel-le devrait adopter un comportement différent selon que la personne concernée soit une femme ou une fillette.<sup>64</sup> Pour ce qui est des fillettes, nous vous référons à *la Partie 5 : l'examen des enfants* du document intitulé *Protocole d'Istanbul: Lignes directrices internationales pour l'investigation et la Documentation de la Torture, l'examen médical physique dans le cas de torture - à l'attention des Docteurs*.<sup>65</sup> Les informations qui s'y trouvent sont succinctes, mais pertinentes quoiqu'elles n'adressent pas spécifiquement les MGF/E.

Ensuite, pour une bonne communication, il importe que la femme ou la fillette soit informée et surtout qu'elle comprenne le déroulement de l'entretien et les interventions qui devront s'effectuer, s'il y a lieu.<sup>66</sup> Il faut donc s'assurer qu'elle maîtrise la langue ou qu'une personne de confiance puisse traduire fidèlement tout ce qui se dit et se fait. Parfois, il peut s'avérer nécessaire d'utiliser des services d'interprétariat. Pour ces situations, il importe de choisir la personne qui va interpréter selon des critères spécifiques<sup>67</sup> :

<sup>64</sup> Référence à la section « Comment aborder la question des mutilations sexuelles féminines » p. 57 à 95 du document français : *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours, Recommandation de bonne pratique*, Haute autorité de santé, février 2020, [En ligne][[https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307\\_argumentaire\\_mutilations\\_sexuelles\\_feminines.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf)] Ce document traite des enjeux entourant le « dépistage » des fillettes à risque d'une MGF/E. Cependant, certaines informations paraissent pertinentes pour celles ayant déjà subi une MGF/E.

<sup>65</sup> *Le Protocole d'Istanbul: Lignes directrices internationales pour l'investigation et la Documentation de la Torture, l'examen médical physique dans le cas de torture, le guide pratique suivant : Guide Pratique du Protocole d'Istanbul - à l'attention des Docteurs*, Ole Vedel Rasmussen, MD, DMSc Stine Amris, MD Margriet Blaauw, MD, MIH Lis Danielsen, MD, DMSc, International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) 2004, p. 34, [En ligne] [<https://www.intact-association.org/images/documents/guide-protocole-Istanbul.pdf>]

<sup>66</sup> Possible qu'il s'agisse d'une première visite gynécologique donc décrire et/ou montrer les instruments avant leur utilisation serait une bonne pratique à adoptée. Voir p. 92, *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours, Recommandation de bonne pratique*, Haute autorité de santé, février 2020, [En ligne] [[https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307\\_argumentaire\\_mutilations\\_sexuelles\\_feminines.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf)]

<sup>67</sup> *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours, Recommandation de bonne pratique*, Haute autorité de santé, février 2020, p.67

- Ne pas utiliser les enfants de la femme pour traduire (ni le conjoint, ni la belle-mère, etc.) ;
- Si possible, choisir une personne de sexe féminin pour effectuer la traduction ;
- Être vigilant sur la représentation qu'a l'interprète des MGF/E (être sûr que la personne n'est pas partisane de la pratique) ;
- L'idéal est que l'interprète ait reçu une formation sur les MGF/E et ait déjà une certaine connaissance de la problématique ;
- Si c'est la première fois que l'interprète traduit ce sujet, il faut prêter attention à son débriefing et voir comment il ou elle s'est senti(e) avec le sujet.

D'ailleurs, il pourrait être nécessaire de permettre à la femme ou la fillette d'être accompagnée. Évidemment, si la fillette a moins de 14 ans, un·e parent ou un·e tuteur·e doit être présent·e et consentir aux soins. Cependant, si la femme ou la fillette est accompagnée, quoique cela soit extrêmement délicat, il est absolument nécessaire de connaître ses volontés.

Quant au choix du terme « mutilation génitale féminine/excision », celui-ci est très certainement inappropriée pour vous adresser à la femme ou à la fillette.<sup>68</sup> Lorsque vous échangez avec elle, il est recommandé de faire usage du terme dans sa langue et/ou celui qu'elle emploie.<sup>69</sup> Souvent les mots retenus par la femme ou la fillette sont « circoncision »,<sup>70</sup> « fermée », « excisée » ou encore « cousue ».<sup>71</sup>

Aussi, pour adresser une MGF/E, la SOGC suggère de faire usage de phrases simples et, si possible, tenter la communication interactive (exemples : usage d'images et/ou de schémas).<sup>72</sup> Ceci est encore

---

[En ligne]

[[https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307\\_argumentaire\\_mutilations\\_sexuelles\\_feminines.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf)]

<sup>68</sup> *FGM terminology positions the practice of FGC as an extreme human rights violation. This term is often perceived as inflammatory, judgemental and stigmatising, particularly for women previously exposed to the practice who do not view their bodies, or the bodies of their daughters, as mutilated.* Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences

<sup>69</sup> *Mutilation génitale féminine, Guide à l'usage des professions concernées*, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique, Bruxelles 2011 [En ligne]

[[http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/guide-mgf-fr\\_web.pdf](http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/guide-mgf-fr_web.pdf)]

<sup>70</sup> D'autres vocables sont aussi perçus comme étant plus neutre, tels : Female Genital Cutting (FGC), « excision » et/ou « infibulation ». Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences

<sup>71</sup> *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours, Recommandation de bonne pratique*, Haute autorité de santé, février 2020, p.57

[En ligne][[https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307\\_argumentaire\\_mutilations\\_sexuelles\\_feminines.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf)]

<sup>72</sup> *Directive clinique de la SOGC, Excision génitale féminine*, N.299, novembre 2013

plus valable lorsque l'on est en présence d'une fillette. À titre d'exemple de langage retenu pour échanger sur les MGF/E avec une enfant: « Est-ce que quelque chose t'a été fait en bas ? »<sup>73</sup>

Finalement, quant au contenu du document médical qui vous est demandé pour le Tribunal ou autres démarches d'immigration, l'usage des mots « mutilation génitale féminine/excision » peut s'avérer pertinent.<sup>74</sup> En usant du mot « mutilation » on s'assure qu'il y a: (...) *une distinction linguistique claire par rapport à la circoncision masculine, et met l'accent sur la gravité et le caractère néfaste de l'acte.* (...) <sup>75</sup> Ainsi, il est pertinent d'expliquer à la femme et/ou à la fillette le choix du mot « mutilation » pour la preuve qui sera produite.

## 6. DOCUMENTS DES PROFESSIONNEL·LE·S DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA SANTÉ

Un dossier en matière d'immigration adressant une MGF/E comme un enjeu, nécessite quasi toujours le dépôt d'un document d'un·e professionnel·le des services sociaux et/ou de la santé. Le ou les documents doivent être rédigé·s avec impartialité et objectivité professionnelle.

Du fait que le document demandé découle directement du vécu de la femme ou de la fillette, il est très important d'être à l'écoute et attentif/attentive aux faits relatés par celle-ci.

Rappelons ici qu'un document peut être demandé pour une enfant. Tel que mentionné antérieurement, l'approche doit donc différer de celle pour un adulte.

Quant aux professionnel·le·s, il importe de savoir que ce n'est pas leur titre, mais plutôt leur expertise et/ou champs de compétences qui déterminent la valeur probante des documents qu'ils·elles produisent. Ainsi, être membre ou non d'un ordre professionnel n'est pas une nécessité.

### 6.1 Attestation médicale pour une MGF/E (certificat médical)

Pour les fins d'une demande d'asile ou d'une autre démarche d'immigration, une attestation médicale peut établir, entre autres, une MGF/E ou son absence, mais aussi la preuve de mauvais traitements passés (autant ce qui est apparent sur le corps que ce qui ne l'est pas)<sup>76</sup>. D'ailleurs, l'absence d'un tel document peut conduire les décideur·e·s à faire des inférences négatives quant à la crédibilité de la personne concernée.<sup>77</sup>

<sup>73</sup> Id, p. 57.

<sup>74</sup> Si vous choisissez un vocable plus médical (neutre) il pourrait être pertinent d'expliquer le choix car tous les décideurs n'ont pas le même niveau de connaissances relativement aux MGF/E. Entre autres, on pourrait déduire de votre choix de terminologie que la MGF/E est de « moindre » sévérité.

<sup>75</sup> *Éliminer les mutilations sexuelles féminines, Déclaration interinstitutions*, 2008, annexe 1, p. 26, [En ligne] [[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43902/9789242596441\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43902/9789242596441_fre.pdf?sequence=1),]

<sup>76</sup> Anciennes fractures par exemple.

<sup>77</sup> X (Re), 2019 CanLII 136668 (CA CISR)



Il ne fait aucun doute que si une attestation médicale est demandée pour une mineure, plusieurs réflexions peuvent ressurgir. Notamment, il peut être difficile de concilier cette demande avec ses valeurs morales et possiblement avec ses obligations éthiques (professionnelles). Dans ces circonstances, il pourrait s'avérer pertinent d'échanger avec les parents, mais aussi, avec leur consentement, d'échanger avec le/la représentant/e légal/e car le document peut constituer la preuve centrale du dossier.

Au Canada, il n'existe pas de « formulaire standardisé » pour produire une attestation médicale de la MGF/E ou de son absence. Il revient donc à chacun des professionnel·le·s de faire ledit document tel qu'il·elle l'entend. Voici cependant des propositions de contenu pour son contenu :

- Identification de l'expert/e (possiblement curriculum vitae (CV) et/ou informations relatives à l'expertise du professionnel qui procède à l'examen);
- Identifier la ou les dates de rencontre(s);
- Identifier le type de MGF/E selon la classification de l'OMS avec description de ce qui a été constaté (avec ou sans schéma, voir Section 2 pour les différents « Types » mais pour les références aussi). Il importe de mentionner que l'identification de la typologie de la MGF/E n'est pas un absolu pour que l'attestation soit pertinente.;
- Identifier les complications passées, présentes et futures de la MGF/E (important de questionner sur la possibilité de dossiers médicaux antérieurs);
- Identifier ce qui peut être fait, le pronostic et
- Identifier, avec schéma à l'appui, les autres cicatrices faisant suite à des maltraitances sexos-spécifiques<sup>78</sup> et prévoir la mention, si applicable, que les actes de tortures identifiés sont conformes aux allégations de la femme et/ou fillette ou préciser le degré de cohérence avec l'histoire de la torture.

Il est possible que plusieurs documents soient nécessaires afin d'avoir tous les éléments susmentionnés. Entre autres, si l'attestation médicale de l'absence d'une MGF/E est produite par un·e médecin spécialisé·e, il est possible qu'il·elle n'ait pas, aussi, l'expertise requise pour évaluer les cicatrices attestant d'autres formes de violence vécues.

En Annexe de ce document on y a reproduit quelques modèles de certificats médicaux pour MGF/E servant de modèles en France et en Belgique. Ceux-ci ne reprennent pas l'entièreté des informations susmentionnées, mais constituent des exemples pertinents.

---

<sup>78</sup> Ceci éviterait la multiplicité des rendez-vous pour la preuve.

### 6.1.1 Identification des autres cicatrices

Tel que proposé, un rapport médical devrait identifier la MGF/E ou son absence, mais aussi les autres cicatrices apparentes ou internes. À cet effet, comme outil de référence, plusieurs experts européens s'en remettent au contenu du *Protocole d'Istanbul : Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (ci-après le Manuel) pour rapporter et documenter la torture (les MGF/E y comprises) dans leur rapport.<sup>79</sup> Ce document prévoit des schémas du corps de la femme, du corps de l'homme, des pieds, des mains, de la tête, du squelette ainsi que de la bouche (dentition).<sup>80</sup> Notons que les médecins de la Clinique des demandeurs d'asile et réfugiés (CDAR), ayant une expertise clinique reconnue en matière de torture, font régulièrement des rapports médicaux avec schéma pour présenter les marques de torture physique.

Toujours dans le Manuel, on y retrouve des *Directives pour l'évaluation médicale de la torture et autres mauvais traitements*.<sup>81</sup> Celles-ci peuvent aussi servir de guide pour identifier ce qui serait pertinent d'inclure à même un document médical.

Un autre document pertinent pour identifier & documenter les cicatrices de torture est *Le Protocole d'Istanbul: Lignes directrices internationales pour l'investigation et la Documentation de la Torture, l'examen médical physique dans le cas de torture, le guide pratique suivant : Guide Pratique du Protocole d'Istanbul - à l'attention des Docteurs*.<sup>82</sup> Celui-ci mentionne brièvement les MGF/E sous la rubrique *Manifestations gynécologiques*,<sup>83</sup> mais explicite longuement sur l'ensemble des diverses formes de torture et comment les représenter dans un document écrit.

Aussi très pertinent pour documenter la torture est le document intitulé *Model Curriculum on the Effective Medical Documentation of torture and Ill-treatment*.<sup>84</sup> Celui-ci, nonobstant qu'il soit un document national du Danemark, peut servir les experts canadiens/qubécois, car il tire son contenu à même le Manuel, précité, mais aussi la *Convention d'Istanbul*. Ce document, entre autres, offre une liste détaillée de :

- Différentes formes de tortures (avec certaines images et dessins à l'appui);<sup>85</sup>

<sup>79</sup>Nations Unies, 2005, série sur la formation professionnelle numéro 8, Rév.1, [En ligne] <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2>

<sup>80</sup> Voir Annexes pour lesdits schémas

<sup>81</sup> Voir Annexes, suivant les divers schémas reproduits.

<sup>82</sup> *Le Protocole d'Istanbul: Lignes directrices internationales pour l'investigation et la Documentation de la Torture, l'examen médical physique dans le cas de torture, le guide pratique suivant : Guide Pratique du Protocole d'Istanbul - à l'attention des Docteurs*, Ole Vedel Rasmussen, MD, DMSc Stine Amris, MD Margriet Blaauw, MD, MIH Lis Danielsen, MD, DMSc, International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) 2004, p. 34, [En ligne] : <https://www.intact-association.org/images/documents/guide-protocole-Istanbul.pdf> (ci-après Protocole d'Istanbul: Lignes directrices internationales pour l'investigation et la documentation de la torture)

<sup>83</sup> *Protocole d'Istanbul: Lignes directrices internationales pour l'investigation et la documentation de la torture*, p. 32

<sup>84</sup> *Model Curriculum on the Effective Medical Documentation of Torture and Ill-treatment, Educational Resources for Health Professional Students*, 2006-2009, International Rehabilitation Council for Torture victims, Denmark, [En ligne] [<http://phrtoolkits.org/files/MODEL-CURRICULUM.pdf>]

<sup>85</sup> Id. Module 4, section 2, aux pp. 94-119

- Différentes preuves physiologiques de torture et/ou de mauvais traitement (avec certaines images et dessins à l'appui);<sup>86</sup>
- Différentes preuves neurologiques de trauma en lien avec la torture;<sup>87</sup>

## 6.2 Documents psycho-sociaux, psychologiques et psychiatriques

Une femme ou une fillette ayant vécu une MGF/E ou la craignant peut ressentir des complications psychologiques diverses et celles-ci vont dépendre de plusieurs facteurs, notamment : *du système de pensée et de valeurs de l'individu, de son développement personnel et de facteurs sociaux, politiques et culturels*.<sup>88</sup> Ainsi, les effets ressentis peuvent fluctuer grandement d'une femme ou d'une fillette à une autre.

Pour les fins d'une demande d'asile, mais aussi pour d'autres demandes d'immigration, un rapport psychologique, un rapport psychiatrique, une attestation de suivi psychologique, un rapport psycho-social, etc. peuvent s'avérer nécessaires et très pertinents. Notamment, ils peuvent servir à :

- Établir des difficultés dans le cadre de la présentation du dossier et/ou du témoignage (difficulté à exposer de manière précise, cohérente et spontanée ces événements). Le rapport peut donc aider à sauvegarder la crédibilité d'une femme et/ou d'une fillette;
- Établir les séquelles de l'excision vécue pour documenter la « persécution continue »<sup>89</sup> dans laquelle s'inscrit la MGF/E ou les « raisons impérieuses »<sup>90</sup>;
- Établir les difficultés à demander la protection au pays, mais aussi au Canada et

<sup>86</sup> Id. Voir module 5, section 2, aux pp. 128-143

<sup>87</sup> Id. Voir module 5, section 3, aux pp. 143-145

<sup>88</sup> *Protocole d'Istanbul : Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Nations Unies, 2005, série sur la formation professionnelle numéro 8, Rév.1, Para 234, p. 51 [En ligne]

[<https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2>]

<sup>89</sup> Préjudice constant : « une femme ou une fille ayant déjà subi une mutilation avant de demander l'asile, peut toujours craindre avec raison des persécutions futures. En fonction du cas d'espèce, des traitements infligés et des pratiques spécifiques à sa communauté, une femme ou une fille peut craindre de subir un autre type de mutilation et/ou de souffrir à terme des conséquences de la pratique subie. (...) », par 14, de la *Note du HCR*. Il est très rare au Canada que le préjudice constant soit invoqué par les avocat.e.s dans le cadre d'une audience.

<sup>90</sup> Les raisons impérieuses, dans les dossiers MGF/E, « (...), permettant d'attribuer le statut de réfugié à une femme ou à une fille. Ce peut être le cas lorsque la persécution subie est considérée comme particulièrement atroce, et que la femme ou la fille souffre de traumatismes psychologiques permanents, ce qui fait qu'un retour dans le pays d'origine ne peut être envisagé. », par 15, de la *Note du HCR*. Cet argument se plaide peu devant les tribunaux canadiens, mais s'avère très pertinent pour une femme ou une fillette ayant subi une MGF/E.

- Établir les difficultés pour une relocalisation à même son pays (possibilité de refuge interne, ci-après PRI)

Produire un rapport ou une attestation de suivi peut être très bénéfique. Cependant, ce même document peut aussi servir l'argumentaire d'une réponse négative d'un décideur·e. Par exemple, certaines phrases du document peuvent être sorties de leur contexte; d'où l'extrême importance d'avoir les connaissances requises pour son élaboration. Afin de minimiser ces situations, il est très important de coréaliser les documents avec la femme ou la fillette concernée, mais aussi avec son·sa représentant·e légal·e.

### 6.2.1 Attestation de suivi et expertise du fonctionnement social

Lorsqu'une femme ou une fillette est suivie par un·e professionnel·le des services sociaux et/ou de la santé, il pourrait être pertinent de produire une attestation de suivi et/ou une expertise du fonctionnement social.

Cependant, parfois, : « *Il faudra se questionner sur la pertinence de la rédaction du document en fonction du temps de la thérapie et, dans certains cas, préférer ne rien rédiger.* »<sup>91</sup> À titre d'exemples seulement, d'autres contextes dans lesquels des documents ne sont pas pertinents :

- La personne en cause ne s'implique pas dans le processus psychologique, thérapeutique et/ou psycho-social;
- Le suivi thérapeutique ne traite aucunement d'enjeux en lien avec la demande d'asile, incluant les MGF/E;
- Si on avait à produire un document, il devrait comporter des faits « négatifs » sur la femme ou la fillette en cause. À titre d'exemple d'un fait « négatif » : une mère aurait des moments de violence à l'égard de sa fillette qu'elle est venue protégée au Canada et ceci est le principal sujet d'intervention avec le·la professionnel·le;<sup>92</sup>
- Etc.

Quant au contenu d'un tel document :

- Expertise du·de la professionnel·le;
- Période de la consultation thérapeutique, suivi, etc.;

<sup>91</sup> *Femmes, Excision et Exil, quel accompagnement thérapeutique possible?*, L'écriture de cet ouvrage a été coordonnée par Annalisa D'Aguanno, psychologue, clinicienne au GAMS Belgique depuis 2009, [En ligne][[https://sites.uclouvain.be/reso/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=9013](https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=9013)]

GAMS Belgique (groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles) est une ONG qui offre un ensemble complet de services aux femmes et fillettes en lien avec les MGF et ce depuis 1996. Leur objectif principal est de « contribuer à l'abandon des mutilations sexuelles féminines en Belgique et dans le reste du monde », [En ligne] [ <https://gams.be/qui-sommes-nous/missions-et-valeurs/>]

<sup>92</sup> Il est impossible de prévoir tous les faits pouvant justifier le fait de ne pas produire un document. Ainsi, il est très important de coréaliser avec le·la représentant·e, car plus à même d'évaluer ce qui serait préjudiciable ou non pour le dossier en cause.

- Si diagnostic posé, le mentionner ainsi que les symptômes perçus (pas que ceux exposés par la personne concernée);
- Si médicament(s) prescrit(s) le mentionner;
- Le contenu du travail (sur quoi porte les séances thérapeutiques, les rencontres) sans rentrer dans les faits plus que nécessaire &
- L'évaluation du « simulacre ».

### 6.2.2 Rapport psychologique

Le rapport psychologique devrait être produit par un·e professionnel·le « neutre ». Quant à son contenu, on devrait y retrouver l'ensemble des éléments suivants :

- Le cv de l'expert/e;
- Le contexte dans lequel on a demandé la production du rapport;
- Les dates et temps passé avec la demandeur pour l'élaboration du rapport;
- Un retour TRÈS sommaire sur les faits présentés (il importe de s'assurer que les faits reproduits au rapport soient conformes aux faits qui se retrouvent aux autres documents au dossier).
- Le diagnostic & ce qui a besoin d'être fait comme traitement;
- Exposer les examens réalisés lors des rencontres (aussi y faire la mention que la « simulation » possible a été écarté pour les raisons...);
- Exposer les possibilités de revictimisation, s'il y a lieu et pourquoi cela;
- Si des problèmes au dossier d'asile ont été portés à l'attention de l'expert/e, voir si son état psychologique peut, en partie ou en totalité, constituer une explication plausible et pourquoi;
- Exposer si l'état de la personne pourrait affecter sa capacité à témoigner (il importe de mentionner explicitement les symptômes précis et leurs effets négatifs possible sur le témoignage à rendre.)<sup>93</sup>
- Exposer si des symptômes pourraient s'aggraver advenant un retour au pays et les effets de ceux-ci sur la personne et sa capacité d'y être<sup>94</sup> &
- Ne faire aucune mention si la demande devrait ou non être acceptée.

Entre autres, tel que mentionné ci-haut, un rapport psychologique peut être pertinent pour établir les difficultés qu'engendreraient un retour dans le pays de persécution vécue et/ou crainte. À cet effet, nous vous référons à *l'affaire Olalere*<sup>95</sup> où il a été conclu que:

[60] Il me semble qu'il sera nécessaire, dans chaque cas, d'examiner le contenu du rapport psychologique et de rechercher s'il soulève des questions qu'il y a lieu d'aborder au second volet de l'analyse relative à la PRI. En l'espèce, il est mentionné dans le rapport que [TRADUCTION] « **le retour de M<sup>me</sup> Olalere au**

<sup>93</sup> X (Re), 2019 CanLII 133698 (CA CISR), para 41.

<sup>94</sup> Ambrose Esede c. Canada, 2018 CF 1241 (CanLII), para 51.

<sup>95</sup> Olalere c. Canada (Citoyenneté et Immigration), 2017 CF 385 (CanLII)

**Nigéria aura probablement pour effet d'accroître de façon considérable ses symptômes psychologiques et physiques de stress, ce qui entraînerait la détérioration de sa santé psychologique et émotionnelle** ». Il me semble qu'il s'agit là d'un facteur important à prendre en compte relativement à la capacité de la demanderesse de fonctionner à l'une des PRI proposées et qui aurait dû être abordé. La SAR n'avait pas à le juger déterminant, mais il est important et a été oublié ou écarté. Lors de tout nouvel examen, la SAR devra également vérifier si des éléments de preuve ont été présentés pour démontrer que l'aide psychologique dont la demanderesse a besoin n'est pas offerte à l'une des PRI au Nigéria. (Nos emphases)

Quant aux mentions à éviter, outre la mention que « la demande d'asile devrait être acceptée » il y en a plusieurs autres à ne pas reproduire dans un rapport psychologique. Dans *l'affaire Egbesola*,<sup>96</sup> le juge Zinn a déterminé que :

[13] Comme le juge Mosley, **je suis d'avis que le médecin est devenu un défenseur, et que la déclaration selon laquelle la demanderesse principale ne se sentira en sécurité nulle part au Nigeria n'a pratiquement aucune valeur probante.** Dans la mesure où le rapport offre effectivement un avis d'expert, la SAR a examiné si la demanderesse aurait accès à des soins de santé à Port Harcourt et a conclu que ce serait le cas. Cette conclusion n'est pas contestée par la demanderesse principale. Par conséquent, le fait de ne pas aborder directement le rapport médical ne rend pas déraisonnable la conclusion relative à la PRI. (Nos emphases)

Ainsi, il importe que l'ensemble des professionnel·le·s, lorsqu'ils·elles produisent des documents pour soumettre dans le cadre d'un processus d'immigration, ils·elles doivent éviter de sortir de leur champ de compétence et ne jamais présenter un plaidoyer en faveur de la femme ou de la fillette.

Finalement, et nous le réitérons, pour s'assurer de la pertinence du contenu de son document, une bonne pratique à prévoir est de partager une ébauche avec le·la représentant·e de la personne concernée.

## **7. DÉMARCHES EN MATIÈRE D'IMMIGRATION POUR LESQUELLES UN DOCUMENT D'UN·E PROFESSIONNEL·LE DES SERVICES SOCIAUX ET/OU DE LA SANTÉ PEUT ÊTRE PERTINENT**

<sup>96</sup> Egbesola c. Canada (Citoyenneté et Immigration), 2016 CF 204 (CanLII)

Une personne peut demander protection au Canada en vertu de deux dispositions dans la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés<sup>97</sup> (ci-après la LIPR). Ainsi, il peut être déterminé qu'une personne soit réfugiée (article 96 de la LIPR) et/ou une personne à protéger (article 97 de la LIPR).

Quant aux dossiers MGF/E, c'est généralement l'article 96 de la LIPR qui est invoqué pour les femmes et les fillettes. On allègue alors une crainte fondée sur le groupe social, soit celui des femmes ou des fillettes à risque de ces pratiques. Quant à la mère ou le père qui craint les représailles du fait de leur refus de consentir à une MGF/E sur leur fillette, la revendication se fonde, une fois de plus, sous la catégorie de « groupe social », mais cette-fois comme membre de la famille de la fillette craignant la MGF/E. Évidemment, d'autres motifs peuvent être invoqués lorsqu'une personne s'oppose ou craint une MGF/E, notamment :

- Crainte en raison de sa religion (lorsque les MGF/E sont enracinées dans les valeurs religieuses d'une communauté, l'opposition à une telle tradition peut être perçue comme un rejet total ou partiel de la religion) et
- Crainte en raison de ses opinions politiques (lorsque les MGF/E font partie intégrante des valeurs d'une communauté, il est possible que le fait de s'y opposer soit perçue comme un affront aux « politiques » de la communauté).

Quant au processus d'une demande d'asile au Canada, il débute, soit à l'arrivée à une frontière canado-américaine, à l'aéroport et/ou une fois en sol canadien, dans un des bureaux d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (ci-après IRCC).<sup>98</sup>

Demander la protection au Canada est un processus qui peut être long. Jadis, toutes les étapes de celui-ci étaient clairement déterminées dans le temps. Cependant, au jour où ces lignes directrices sont produites, l'arriéré des dossiers pré-Covid-19<sup>99</sup> et ensuite la pandémie mondiale ont fait que les échéanciers ont été assouplis et/ou modifiés significativement. Il y a plus de 90 000 dossiers de refuge en instance devant la Commission de l'immigration et la protection des réfugiés (ci-après la CISR);<sup>100</sup> elle n'arrive plus à répondre à la demande avec les ressources dont elle dispose. Ainsi, du moment qu'une personne présente sa demande de refuge, des mois, voire des années, peuvent s'écouler avant que le dossier soit entendu devant la Section de la protection des réfugiés (ci-après la SPR) de la CISR.

<sup>97</sup> L.C. 2001, ch. 27

<sup>98</sup> Dans une vie, une seule demande de refuge peut être faite au Canada.

<sup>99</sup> Pré-Covid-19, les dossiers en instances devant la CISR augmentaient annuellement : pour l'année 2016 : 17 537, pour l'année 2017 : 43 250, pour l'année 2018 : 71 675 et pour l'année 2019 : 87 270. Informations prises du site de la CISR, qui peut être consulté à l'adresse électronique suivante : <https://irb-cisr.gc.ca/fr/statistiques/asile/Pages/SPRStat.aspx>

<sup>100</sup> Cette donnée était valide en date du 30 juin 2020 via le site de la CISR, qui peut être consulté à l'adresse électronique suivante : <https://irb-cisr.gc.ca/fr/statistiques/asile/Pages/SPRStat.aspx>

Quant aux éléments de preuve pour une demande de refuge, les demandeur·e·s devraient commencer à les regrouper dès que le processus est entamé.<sup>101</sup> Pour ce qui est d'un document relevant des professionnel·le·s des services sociaux et/ou de la santé, souvent il est plus judicieux d'attendre avant de les rédiger et ce pour s'assurer que leur contenu soit à jour au moment de l'audience.<sup>102</sup>

### 7.1 Demande de refuge « moins complexe »

Un dossier peut être identifié, par la SPR, comme étant « moins complexe », et ce, du fait de plusieurs facteurs dont le pays de provenance de la personne concernée.<sup>103</sup> Un dossier de cette catégorie procédera à une audience courte (temps de l'audience ne devant pas excéder 1-2 heures)<sup>104</sup> ou sans audience.

Dans les cas où il est déterminé qu'une audience n'est pas nécessaire, un avis du Tribunal est envoyé à la personne concernée ainsi qu'au représentant·e légal·e pour les informer que le dossier a été sélectionné. Un **formulaire de confirmation** est joint à l'avis et doit être rempli et retourné au Tribunal dans les 15 jours suivant sa réception.<sup>105</sup> Le dossier doit donc être complété à ce moment et toutes les preuves pertinentes doivent être acheminées au Tribunal.

À cette étape, il importe de documenter la/les MGF/E ou leur absence, ainsi que l'état de santé générale de la femme ou la fillette concernée. Plus les preuves corroborantes soumises sont pertinentes et crédibles, plus on s'assure une issue favorable à la demande d'asile.

Finalement, un dossier « moins complexe » peut changer de catégorie à tout moment et donc une audience pourrait être prévue.<sup>106</sup>

### 7.2 Demande de refuge « procédure régulière »

Tel que mentionné ci-haut, une personne qui demande la protection au Canada devra patienter avant que son dossier soit entendu par la SPR et ensuite qu'une décision soit rendue.

<sup>101</sup> Sur le site de la CISR, on y trouve le *Guide du demandeur d'asile* qui donne un bon aperçu du processus et donc des démarches à faire pour le bon déroulement pour une demande, consultez le lien à l'adresse suivante : <https://irb-cisr.gc.ca/fr/demandes-asile/Pages/ClaDemGuide.aspx#rpddocuments>

<sup>102</sup> Ceci s'applique moins pour une attestation médicale d'une MGF/E ou de l'absence d'une MGF/E, mais aussi pour des dossiers où il est pertinent d'avoir plusieurs documents qui se complètent dans le temps et ce pour constater une évolution (positive ou négative).

<sup>103</sup> Instruction sur la catégorisation des demandes d'asile moins complexes à la Section de la protection des réfugiés, [En ligne] [\[https://irb-cisr.gc.ca/fr/legales-politique/politiques/Pages/instructions-demandes-moins-complexes.aspx#s21\]](https://irb-cisr.gc.ca/fr/legales-politique/politiques/Pages/instructions-demandes-moins-complexes.aspx#s21)

<sup>104</sup> Une audience courte peut devenir une audience régulière qui elle normalement dure trois (3) heures.

<sup>105</sup> *Demandes d'asile moins complexes : processus d'audience courte et processus d'examen du dossier*, CISR, [En ligne] [\[https://irb-cisr.gc.ca/fr/fiche-information/Pages/demandes-dasile-moins-complexes.aspx\]](https://irb-cisr.gc.ca/fr/fiche-information/Pages/demandes-dasile-moins-complexes.aspx)

<sup>106</sup> *Demandes d'asile moins complexes : processus d'audience courte et processus d'examen du dossier*, CISR, [En ligne] [\[https://irb-cisr.gc.ca/fr/fiche-information/Pages/demandes-dasile-moins-complexes.aspx\]](https://irb-cisr.gc.ca/fr/fiche-information/Pages/demandes-dasile-moins-complexes.aspx)



Actuellement, c'est la SPR qui établit le calendrier des audiences pour ensuite en informer les personnes concernées.<sup>107</sup> Cependant, les représentant·e·s légaux sont généralement informé·e·s, de la date d'audience plusieurs semaines avant la date d'émission de l'avis. Lorsqu'il y a une date d'audience déterminée, les documents en preuve doivent être soumis, au plus tard, dix (10) jours avant.<sup>108</sup>

Les preuves sont indispensables, car rarement une personne n'est crue sur parole; la crédibilité est souvent un enjeu déterminant dans les dossiers. Ainsi, une preuve de professionnel·le·s de la santé est clé dans un dossier MGF/E, car elle permet de corroborer des éléments centraux du dossier. Parfois, les documents ne sont pas suffisants et la présence du/de la professionnel·le est fortement recommandée.

Le jour de l'audience, plusieurs scénarios sont possibles, mais les plus communs sont :

- Le dossier procède et la décision est en « délibéré » et elle sera rendue et communiquée ultérieurement;
- Le dossier procède et une décision de vive-voix est rendue;
- Le dossier procède, mais devra se poursuivre à une date ultérieure<sup>109</sup> et
- Le dossier n'a pas pu procéder

Finalement, il importe de savoir qu'un·e représentant·e légal·e peut présenter une demande au Tribunal afin qu'un dossier de refuge procède, en priorité, du fait de la vulnérabilité de la personne concernée. Dans une telle situation, un ou des documents des professionnel·le·s de la santé sont essentiels pour justifier la nature exceptionnelle de la demande.

### 7.3 Démarches suivant une demande de refuge déboutée

Suivant une demande d'asile déboutée, la personne peut généralement s'enquérir du processus d'appel<sup>110</sup> devant la CISR. Cette demande, tout comme la demande de refuge, sursoit à une déportation du Canada. Pour ces dossiers, qui se font généralement sur papier,<sup>111</sup> il est permis de produire une nouvelle preuve quoiqu'elle ait à répondre à des critères stricts.<sup>112</sup>

<sup>107</sup> *Guide du demandeur d'asile*, CISR, Version 5, 2018, [En ligne] [<https://irb-cisr.gc.ca/fr/demandes-asile/Pages/ClaDemGuide.aspx#whenhearing>]

<sup>108</sup> *Guide du demandeur d'asile*, CISR, Version 5, 2018, [En ligne] [<https://irb-cisr.gc.ca/fr/demandes-asile/Pages/ClaDemGuide.aspx#whenhearing>]

<sup>109</sup> Entre autres, parfois une remise est demandée et/ou donnée du fait de l'état de santé de la personne concernée et la nécessité de le documenter.

<sup>110</sup> Section d'appel des réfugiés (ci-après la SAR)

<sup>111</sup> Des audiences sont parfois octroyées, mais ce rarement et selon des critères stricts.

<sup>112</sup> Voici les trois (3) critères auxquelles la « nouvelles preuves » doit répondre : ils n'existaient pas encore au moment où la SPR a rejeté votre demande d'asile; ils n'étaient pas normalement accessibles au moment où la SPR a rejeté votre demande d'asile et dans les circonstances, la SPR n'aurait pu raisonnablement s'attendre à les obtenir de votre part au moment où elle a rejeté votre demande d'asile.

Consultez en ligne à l'adresse suivante:

<https://irb-cisr.gc.ca/fr/appelsrefugies/Pages/RefAppGuide.aspx#s4.02>

Pour les fins d'un appel, un document d'un·e professionnel·le·s des services sociaux et/ou de la santé pourrait être pertinent pour:

- Un premier document (pour les dossiers de refuge où la preuve était manquante/absente);<sup>113</sup>
- Un suivi d'une 1<sup>ère</sup> lettre faite pour les fins de la demande de refuge
- Une réponse au contenu des motifs de refus de la SPR, lorsqu'il remet en cause un document produit par un·e professionnel·le des services sociaux et/ou de la santé.

Les audiences devant la SAR ont lieu principalement si une nouvelle preuve est soumise et que le·la Commissaire<sup>114</sup> qui étudie le dossier est d'avis que cette même preuve :

- Soulève une question importante en ce qui concerne la crédibilité;
- Est essentielle pour la prise de la décision relative à la demande d'asile;
- À supposer qu'elle soit admise, justifierait d'accueillir ou de rejeter la demande d'asile présentée à la SPR.

Quant à l'issu d'un appel devant la SAR, il y a trois (3) scénarios possibles:

- Appel rejeté;
- Appel accordé et le dossier est retourné devant la SPR et
- Appel accordé et la personne est reconnue réfugiée et/ou personne à protéger

Pour les personnes n'ayant pas le droit à l'appel devant la SAR, elles doivent recourir à la demande d'autorisation et demande de contrôle judiciaire<sup>115</sup> devant la Cour fédérale (ci-après Cour). Ce processus n'est pas un appel. On ne peut y soumettre de nouvelles preuves sauf exception<sup>116</sup> et la Cour ne peut substituer la décision du Tribunal. Si le jugement établi qu'il y a eu erreur du Tribunal, le dossier est retourné devant la SPR, et ce, pour être adjudiqué par un panel différemment constitué. Cette démarche aussi sursoit à une déportation.<sup>117</sup>

<sup>113</sup> Le·la représentant·e légal·e aura à expliquer pourquoi le document n'a pas pu être produit avant.

<sup>114</sup> Ceci est le titre donné aux personnes qui rendent les décisions dans les divers tribunaux de la CISR.

<sup>115</sup> Souvent référé sous le vocable de « contrôle judiciaire » ou l'acronyme DACJ.

<sup>116</sup> S'il est démontré qu'il y a eu une « violation à l'équité procédurale » une preuve nouvelle peut être produite pour démontrer ladite « violation », mais non pour établir son contenu.

<sup>117</sup> Sauf exceptions prévues à l'article 231 du *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés*, (DORS/2002-227), ci-après RIPR

Finalement, advenant que tous les recours relativement à la demande de refuge aient été refusés, il existe d'autres démarches d'immigration qui s'appliquent à certaines catégories de personne et pour lesquelles des preuves peuvent être demandées et/ou nécessaires.

### 5.1.1 Demande d'exemption de visa pour considérations humanitaires (ci-après demande CH)

Une demande CH est un recours qui est offert seulement lorsqu'aucun autre programme d'immigration au Canada ne s'applique. Pour les demandeur·e·s d'asile débouté·e·s, ils·elles doivent attendre 12 mois suivant la dernière décision avant d'avoir le droit de soumettre une telle demande.<sup>118</sup> Cependant, deux exceptions permettent le dépôt d'une demande CH avant la prescription de ce délai :

- L'intérêt supérieur d'un·e ou des enfants est en cause et
- La personne ou un·e demandeur·e d'asile débouté·e, compris dans la demande, souffre d'un problème de santé qui mettrait sa vie en danger si déporté·e.<sup>119</sup>

De plus, outre le délai de 12 mois, plusieurs n'ont pas droit d'accéder à ce recours, car des exceptions sont prévues à la LIPR.

Une demande CH est un dossier qui se présente par écrit. Elle est étudiée par un·e agent·e d'IRCC ayant un **pouvoir discrétionnaire**. Exceptionnellement, une entrevue téléphonique ou en personne peut être offerte.

La responsabilité de produire un dossier complet revient à la personne et/ou représentant·e légal·e. Des ajouts peuvent et devraient être soumis périodiquement afin que les informations contenues au dossier demeurent à jour, et ce, du fait que le traitement de ces demandes met, en moyenne, 22 à 36 mois.<sup>120</sup>

Les critères non exhaustifs qui devraient être soulevés dans une telle demande sont :

- La mesure dans laquelle la personne est établie au Canada;
- Les liens familiaux généraux de la personne au Canada;
- L'intérêt supérieur de tout enfant touché;
- Ce qui pourrait se passer pour la personne si la demande n'est pas acceptée.<sup>121</sup>

<sup>118</sup> Informations reprises du site d'IRCC, au lien suivant : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/bulletins-guides-operationnels/residence-permanente/circonstances-ordre-humanitaire/reception-demandes-admissibilite.html#s08>

<sup>119</sup> Ses informations ont été reprises à même un des formulaires inclus à une demande CH : *Renseignements supplémentaires, Considérations humanitaires* (IMM-5283) 06-2020 F, [En ligne] [\[https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/francais/pdf/trousses/form/imm5283f.pdf\]](https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/francais/pdf/trousses/form/imm5283f.pdf)

<sup>120</sup> Cette information a été prise, le 22 septembre 2020, sur le site d'IRCC, au lien suivant : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/demande/verifier-delais-traitement.html>

<sup>121</sup> Cette liste a été reprise d'IRCC au lien suivant :

Aussi, une demande CH n'est pas un droit. Le Canada n'a pas l'obligation de l'offrir aux ressortissant·e·s étranger·e·s pas plus qu'il n'a l'obligation d'étudier une telle demande en cours avant qu'une déportation soit exécutée. Cependant, le Canada s'engage, même une fois la personne à l'extérieur du Canada, d'étudier sa demande et de rendre une décision.

Souvent, pour un dossier CH, un document d'un·e professionnel·le des services sociaux et/ou de la santé peut s'avérer très pertinent tout particulièrement lorsque l'on invoque les MGF/E subies ou craintes. À titre d'exemple, voici un cas d'intérêt: Une mère excisée provenant d'un pays « x », craint, entre autres, une MGF/E pour sa fille canadienne non excisée.<sup>122</sup> Pour ces dossiers, il est nécessaire de produire les éléments de preuves pour établir : 1) que la mère a été excisée & 2) que la fillette n'a pas été excisée. Ainsi, si des attestations médicales n'ont pas été produites dans les dossiers antérieurs, celles-ci devraient l'être pour la demande CH. Aussi, un rapport ou une attestation de suivi psychosocial et/ou psychologique pourrait aussi être produit pour établir l'impact de la crainte de la mère, entre autres, quant à ses capacités parentales, sa capacité d'adaptation, etc.

### 5.1.2 Demande d'évaluation des risques avant renvoi (ci-après demande ERAR)

Contrairement à la demande CH, le recours ERAR est offert lors d'une rencontre avec un·e agent·e de l'ASFC.<sup>123</sup> Cependant, ce sont les services d'IRCC qui sont responsables d'étudier ces demandes.

Pour être admissible au programme ERAR, l'ASFC doit être dans le processus du renvoi de la personne concernée et, généralement, 12 mois doivent s'être écoulés depuis :

- Que la demande de refuge ait fait l'objet d'un désistement, qu'elle ait été retirée ou que la CISR l'ait rejetée;
- Qu'une autre demande ERAR ait fait l'objet d'un désistement, qu'elle ait été retirée ou qu'elle ait été rejetée et
- Que la Cour fédérale rejette le contrôle judiciaire de la demande de refuge ou la décision concernant un ERAR précédent

---

<https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/presenter-demande-asile-canada/apres-avoir-presenter-demande-etapes-suivantes/recours-rejetee/considerations-ordre-humanitaire.html> - elle est non exhaustive

<sup>122</sup> Une mère, ressortissante d'un pays qui n'est pas le Canada, ne peut demander la protection au Canada pour son ou ses enfants canadien·ne·s.

<sup>123</sup> Sur réception du formulaire de la demande ERAR, a un délai de 15 jours pour retourner un formulaire et un autre 15 jours pour produire les arguments ainsi que la preuve au soutien de son dossier.

Quant aux personnes ayant antérieurement présenté une demande de refuge en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Unis ou aux États-Unis d'Amérique, elles ont un accès immédiat au programme ERAR du fait qu'elles ne sont pas éligibles à présenter une demande d'asile devant la CISR.<sup>124</sup>

Une demande ERAR est constituée d'un formulaire, d'éléments de preuve et d'arguments écrits. Telles les entrevues dans le cadre des demandes CH, les entrevues sont rares, voire exceptionnelles.

La nouvelle preuve est nécessaire, mais doit aussi répondre à des critères spécifiques et strictes. Un document d'un.e professionnel.le de la santé est très important à cette étape du processus migratoire de la personne, car c'est vraiment sa dernière chance pour faire évaluer son risque de retour. Tout comme dans une demande de refuge, la personne doit démontrer et établir sa crainte bien-fondée de persécution<sup>125</sup> alors que le taux de succès s'élève à 2%.<sup>126</sup>

---

<sup>124</sup> Aussi, sachez qu'il y a d'autres exceptions à la règle du 12 mois.

<sup>125</sup> Pour plus d'information sur Comment présenter une demande ERAR, veuillez consulter le lien suivant : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/presenter-demande-asile-canada/apres-avoir-presenter-demande-etapes-suivantes/recours-rejetee/examen-risques-avant-renvoi/presenter-demande.html>

<sup>126</sup>Expulsion : l'impossible dernier appel, Annabel Nicoud, La Presse, 14 novembre 2012 [En ligne] [<https://www.lapresse.ca/actualites/national/2012/11/14/01-4593759-expulsion-limpossible-dernierappel.php#:~:text=Environ%20%25%20de%20toutes%20les,demandeurs%20d'asile%20d%C3%A9bout%C3%A9s.%C2%BB>]

## 8. CONCLUSION

Les documents émanant des professionnel·le·s des services sociaux et/ou de la santé sont souvent centraux pour divers processus d'immigration impliquant une fillette ou une femme craignant une MGF/E ou l'ayant subie. Cependant, il importe d'avoir à l'esprit que son contenu peut aider dans la démarche d'asile, mais peut nuire aussi. Pour assurer que le document ait un effet bénéfique, la coréalisation avec la personne concernée est essentielle, mais aussi avec son/sa représentant/e légal/e.

Entre autres, dans le système d'asile canadien, le bénéfice du doute est souvent remis en cause et les allégations des demandeur·e·s d'asile nécessitent d'être soutenues par des éléments de preuves corroborants. Ainsi, lorsque qu'une femme ou une fillette allègue une crainte d'une première MGF/E, l'attestation médicale (certificat médical) est la seule preuve objective et crédible démontrant qu'elle n'a pas subi ladite mutilation. Sans celle-ci, le tribunal peut remettre en cause les craintes de la personne concernée.

De plus, lorsqu'une femme et/ou une fillette a subi une MGF/E, un rapport psychologique et/ou une attestation de suivi est aussi la preuve « clé » pour démontrer que les séquelles sont telles que le tribunal devrait considérer la « crainte continue » ou les « raisons impérieuses ». Trop souvent, lorsque la femme ou la fillette a subi une MGF/E on écarte l'existence d'une crainte prospective (future) disant qu'elle a été persécutée, que sa crainte est une affaire du passé. Ces documents peuvent donc remédier à cette situation lorsque les faits s'y prêtent.

Finalement, nonobstant le fait qu'un document émanant des professionnel·le·s des services sociaux et/ou de la santé est très souvent au cœur d'une demande d'asile pour une femme ou une fillette craignant une MGF/E ou l'ayant subie, parfois il s'avère pertinent, et plus favorable, de ne pas en produire un.

## DOCUMENTS CITÉS

### Outils internationaux/régionaux

- Care of girls and women living with female genital mutilation, WHO, 2018:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>
- Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage, UNFPA, 27 avril 2020:  
[[https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19\\_impact\\_brief\\_for\\_UNFPA\\_24\\_April\\_2020\\_1.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf)]
- Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul, 11.V.2011, Série des Traités du Conseil de l'Europe - n° 210 : <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680084840>
- Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Un outil pour mettre fin aux mutilations génitales féminines : [https://www.2idhp.eu/images/convention-prevention-mutilations-genitales-ce\\_150612.pdf](https://www.2idhp.eu/images/convention-prevention-mutilations-genitales-ce_150612.pdf)
- Le Protocole d'Istanbul: Lignes directrices internationales pour l'investigation et la Documentation de la Torture, l'examen médical physique dans le cas de torture, le guide pratique suivant : Guide Pratique du Protocole d'Istanbul - à l'attention des Docteurs, Ole Vedel Rasmussen, MD, DMSc Stine Amris, MD Margriet Blaauw, MD, MIH Lis Danielsen, MD, DMSc, International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) 2004 : <https://www.intact-association.org/images/documents/guide-protocole-Istanbul.pdf>
- Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines, 2018:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272847/9789242549645-fre.pdf?ua=1>
- Mutilations Sexuelles Féminines, WHO, 3 février 2020, disponible en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Nations Unies, 2005, série sur la formation professionnelle numéro 8, Rév.1 : <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2>
- Note d'Orientation sur les demandes d'asile relatives aux mutilations génitales féminines, HCR, Mai 2009 : <https://www.unhcr.org/fr/publications/legal/4fd737379/note-dorientation-demandes-dasile-relatives-mutilations-genitales-feminines.html>
- OMS, « Éliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEAUNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, NIFEM », février 2008 : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf)

## Références de la Belgique

- Femmes, Excision et Exil, quel accompagnement thérapeutique possible? L'écriture de cet ouvrage a été coordonnée par Annalisa D'Aguanno, psychologue, clinicienne au GAMS Belgique depuis 2009, [https://sites.uclouvain.be/reso/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=9013](https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=9013)
- Mutilation génitale féminine, Guide à l'usage des professions concernées, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique, Bruxelles 2011, disponible en ligne : [http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/guide-mgf-fr\\_web.pdf](http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/guide-mgf-fr_web.pdf)
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique. Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées. Bruxelles; 2011 [http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/guide-mgf-fr\\_web.pdf](http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/guide-mgf-fr_web.pdf)

## Références du Canada

- College of physicians & surgeons of nova-Scotia, Professional standard regarding female genital mutilation, <https://cpsns.ns.ca/wp-content/uploads/2017/10/Female-Genital-Mutilation.pdf>
- Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec, Document ALDO-Québec, Collège des médecins du Québec, mise à jour février 2020 <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2019-04-18-fr-aldo-quebec.pdf?t=1595182363376>
- Legal, Ethical and Organizational Aspects of Medical Practice in Québec ALDO-Québec 2009 Edition Available online July 2009, Collège des Médecins du Québec (section spécifique sur les MGF) : <https://www.mcgill.ca/medicine-academic/files/medicine-academic/Legal-Ethical-Organization-Aspects-Medical-Practice-Quebec.pdf>
- Les mutilations génitales féminines, Un état de situation au Québec, Réalités, besoins et recommandations, TCRI, janvier 2020 : <http://tcri.qc.ca/images/publications/volets/voletfemmes/2020/E%CC%81tat de Situation sur les MGF TCRI 2020 .pdf>
- Les soins aux enfants néo-canadiens, Guide pour les professionnels de la santé œuvrant auprès des familles immigrantes et réfugiées, la mutilation génitale féminine/excision, <https://www.enfantsneocanadiens.ca/screening/fgm#ce-que-les-praticiens-de-la-sant%C3%A9-peuvent-faire>
- Politique sur la mutilation génitale féminine, Commission ontarienne des droits de la personne, Approuvé par la Commission le 9 avril 1996, révisé le 22 novembre 2000. (Veuillez prendre note que des révisions mineures ont été apportées en décembre 2009 pour tenir compte des modifications législatives résultant de la Loi de 2006 modifiant le *Code des droits de la personne*, qui est entrée en vigueur le 30 juin 2008.) disponible en ligne : <http://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-mutilation-genitale-feminine/4-la-mgf-au-canada#fnB29>



- SOGC policy statement, Female Genital Cutting/Mutilation, No. 272, February 2012, [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35164-7/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35164-7/pdf)
- SOGC Une directive Clinique : Excision génitale féminine, publiée dans le N. 299, en novembre 2013 : [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)39670-0/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)39670-0/pdf)
- SOGC Directives clinique N. 395, Excision génitale féminine, février 2020 (remplace celles de novembre 2013)

### **Référence du Danemark**

- Model Curriculum on the Effective Medical Documentation of Torture and Ill-treatment, Educational Resources for Health Professional Students, 2006-2009, International Rehabilitation Council for Torture victims, Denmark, <http://phrtoolkits.org/files/MODEL-CURRICULUM.pdf>

### **Référence des États-Unis d'Amérique**

- Bringing refugee youth & children's services (BRYCS) Female genital cutting, <https://brycs.org/blog/female-genital-cutting-fgc/> & aussi au lien suivant <https://brycs.org/wp-content/uploads/2018/09/Obstetric-Care-Final.pdf>

### **Références de la France**

- Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, Gynécologie sans frontière, juillet 2010, <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>
- Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours, argumentaire scientifique, Haute autorité de santé (HAS) février 2020, [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307\\_argumentaire\\_mutilations\\_sexuelles\\_feminines.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf)

### **Articles scientifiques**

- Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis, BMJ 2014, <https://www.obgyn.utoronto.ca/sites/default/files/Case%20-%20Genital%20Cutting.pdf>
- Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences, by Bilkis Vissandjée, Shereen Denetto, Paula Migliardi and Jodi Proctor, BMC, International Health and Human Rights, 2014, <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-14-13>

- Female Genital Mutilation: A Literature Review of the Current Status of Legislation and Policies in 27 African Countries and Yemen, by Jane Muthumbi, Joar Svanemyr, Elisa Scolaro, Marleen Temmerma & Lale Say, African Journal of Reproductive Health, September 2015: 19 (3)
- Les mutilations génitales féminines, une forme extrême de violence faite aux femmes, 6 février 2006, par Aoua Bocar Ly-Tall, [<http://sisyphe.org/spip.php?article2150>]
- The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis, Rigmor C. Berg and Vigdis Underland, Hindawi, Received 27 April 2013; Accepted 10 June 2013, <http://downloads.hindawi.com/journals/ogi/2013/496564.pdf>
- An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting, R. C. Berg, J. Odgaard-Jensen, A. Fretheim, V. Underland, and G. Vist, Hindawi, Received 18 March 2014; Accepted 29 October 2014; Published 23 November 2014, <http://downloads.hindawi.com/journals/ogi/2014/542859.pdf>

### Articles de quotidiens

- Confinement et après Covid-19 : le risque d'excision en hausse, les associations donnent l'alerte, 4 juin 2020, disponible en ligne : <https://information.tv5monde.com/terriennes/confinement-et-apres-covid-19-le-risque-d-excision-en-hausse-les-associations-donnent-l>
- Expulsion : l'impossible dernier appel, Annabel Nicoud, La Presse, 14 novembre 2012, disponible en ligne : [<https://www.lapresse.ca/actualites/national/201211/14/01-4593759-expulsion-limpossible-dernierappel.php#:~:text=Environ%20%25%20de%20toutes%20les,demandeurs%20d'asile%20d%C3%A9bout%C3%A9s.%C2%BB>]
- MGF : 1 survivante sur 4 a été excisée par un prestataire de la santé, publié le 6 février 2020, UNICEF: <https://www.unicef.fr/article/mgf-1-survivante-sur-4-ete-excisee-par-un-prestataire-de-soins-de-sante>
- Mutilations génitales féminines : plus de 4 millions de filles menacées cette année, alerte l'ONU, ONU Info, 6 février 2020, <https://news.un.org/fr/story/2020/02/1061322>
- Plan internationale signale une augmentation considérable des MGF en Somalie en période de confinement, 27 mai 2020: <https://www.plan-international.fr/info/actualites/communiqués-de-presse/plan-international-augmentation-mgf-somalie-confinement>
- Une ouverture aux mutilations vaginales? Stupéfaction au Québec, Le Devoir, Amélie Daoust-Boisvert, 16 avril 2014, <https://www.ledevoir.com/societe/405697/une-ouverture-aux-mutilations-vaginales-stupefaction-au-quebec>

# ANNEXE A

## **AIDE-MÉMOIRE**

### **Contenu pour une preuve MGF/E**

- [ ] D'emblée, il faut s'assurer de la pertinence de la rédaction d'une telle attestation dans le cas visé.<sup>127</sup>
- [ ] Joindre votre CV (spécifiquement ce qui démontre votre expertise en la matière concernée ou en matières connexes).
- [ ] Inclure la date de la production de la preuve, mais aussi votre nom au long avec signature et votre titre professionnel.
- [ ] S'assurer d'employer le terme « mutilation génitale féminine » dans le document.<sup>128</sup>
- [ ] Identifier le type de document que vous produisez (attestation, suivi, rapport).
- [ ] Inscrire la date et la durée de la ou les rencontres avec la fillette ou la femme concernée.
- [ ] Présenter le diagnostic (pronostic, prescription de médicaments, symptômes constatés, etc.) ou reprendre celui précédemment confirmé par un.e professionnel.le habileté.e.
- [ ] Expliquer que vous avez évalué la possibilité du « simulacre » chez la personne concernée (vous devez étayer si en fait des tests ont été effectués en ce sens).
- [ ] Identifier et expliquer clairement les tests passés par la personne concernée.
- [ ] Faire relire votre document par la personne concernée ET son·sa représentant·e légal·e.

#### **SELON VOS CHAMPS DE COMPÉTENCE/D'EXPERTISE**

- [ ] Identifier, si possible, le type de MGF/E selon la classification de l'OMS avec description de ce qui a été constaté (avec ou sans schéma).
- [ ] Identifier les complications passées, présentes et futures de la MGF/E.
- [ ] S'il y a lieu, identifier les difficultés qui pourraient avoir un impact sur la capacité à témoigner, il faut les identifier et expliquer en quoi le témoignage pourrait en être affecté (exemples :

---

<sup>127</sup> Voir p.29 du présent document

<sup>128</sup> Voir p. 24 du présent document

---

revictimisation, problèmes au niveau de la mémoire, réviviscences, tics physiologiques en lien avec l'état de santé).

- [ ] S'il y a lieu, identifier l'ensemble des signes apparents et non apparents (ce qui se voit, entre autres, via radiographie) de violences sur le corps de la personne concernée avec schéma.
- [ ] S'il est possible de les établir, les effets sur la santé d'un retour au pays où la persécution est crainte (exposer si des symptômes pourraient s'aggraver advenant un retour au pays et leur impact sur la personne et sa capacité d'y être).

**CHOSSES À NE PAS FAIRE et/ou à ÉVITER:**

- [ ] Poser un diagnostic qui n'est pas dans votre champ d'expertise
- [ ] Reprendre les faits rapportés par la personne concernée dans leur intégralité
- [ ] Analyser les lois du pays duquel la fillette ou la femme est ressortissante
- [ ] Faire des commentaires et/ou une conclusion sur le contexte dans lequel vivent les fillettes et les femmes dans le pays concerné
- [ ] Faire un plaidoyer en faveur de la personne concernée
- [ ] Tirer une conclusion quant à l'issue de la demande d'asile (exemple : « la demande d'asile devrait être acceptée »)

# ANNEXE B

## EXEMPLE D'ATTESTATION I

[Entête de l'institution ou organisation]

---

[Date et lieu où le document est produit]

### ATTESTATION D'UNE MGF/E

POUR : [Nom de la personne pour qui le document est produit et un identifiant pour cette personne]  
(exemples : Date de naissance, numéro d'identification de huit (8) chiffres d'IRCC, etc.)

À qui de droit,

Je, soussigné·e, suis \_\_\_\_\_ [fonction professionnelle et/ou titre professionnel] à la  
\_\_\_\_\_ [entité et/ou organisation pour laquelle on travaille].

J'atteste, par la présente, avoir rencontré \_\_\_\_\_ [nom de la personne] en date du  
\_\_\_\_\_ dans le but d'un examen des organes génitaux externes.

À l'examen des organes génitaux externes, nous observons \_\_\_\_\_ (exemple :  
des grandes lèvres intactes, mais une absence complète des petites lèvres et une absence du bouchon du  
clitoris).

L'examen physique confirme donc que cette personne a subi une mutilation génitale féminine.

[Formule de politesse au choix]

[Signature]

[Nom au long avec titre]

[Vos contacts au long]

N.B. Un schéma pourrait aussi être ajouté pour une meilleure visualisation de l'information, mais non  
nécessaire.

Aussi, si l'entité pour laquelle vous travaillez n'est pas connu du Tribunal et/ou des services d'IRCC, il  
pourrait s'avérer pertinent de produire cette information et/ou ajouter votre cv

---

## EXEMPLE D'ATTESTATION II

[Entête de l'institution ou organisation]

---

[Date et lieu où le document est produit]

### ATTESTATION DE SUIVI THÉRAPEUTIQUE<sup>129</sup>

POUR : [Nom de la personne pour qui le document est produit et un identifiant pour cette personne]  
(exemples : Date de naissance, numéro d'identification de huit (8) chiffres d'IRCC, etc.)

À qui de droit,<sup>130</sup>

La présente est pour confirmer que \_\_\_\_\_ [nom de la personne concernée] est  
suivi par moi \_\_\_\_\_ [nom complet et titre professionnel] et ce depuis  
\_\_\_\_\_ [date] à raison de \_\_\_\_\_ [fréquence des rencontres].

Elle m'a été référée par [nom de la ressource et/ou personne intermédiaire s'il y a lieu]  
\_\_\_\_\_. La/le Dr·e lui a posé le [diagnostic] \_\_\_\_\_. Lorsqu'elle  
s'est présentée à mes bureaux elle éprouvait les [symptômes] suivants :  
\_\_\_\_\_ et on lui avait prescrit les [médicaments] suivant  
\_\_\_\_\_.

Principalement, nos séances ont porté sur [liste non exhaustive des motifs de la consultation]  
\_\_\_\_\_. Dans le cadre de nos séances, j'ai pu observer les  
éléments suivants : \_\_\_\_\_.

[Mises en garde s'il y a besoin] \_\_\_\_\_

Veillez ne pas hésiter à me contacter advenant toutes questions relatives aux présentes informations  
ou pour avoir un complément d'information.

[Formule de politesse] (exemple : En vous remerciant pour votre attention).

---

<sup>129</sup> Un CV est toujours pertinent pour établir son expertise et/ou ses compétences

<sup>130</sup> Puisque c'est souvent le/la représentant·e qui fait la demande des documents, on peut l'adresser à cette  
personne spécifique.



### EXEMPLE D'ATTESTATION III

[Signature]  
[Nom au long avec titre]  
[Vos contacts au long]

[Entête de l'institution ou organisation]

---

[Date et lieu où le document est produit]

#### ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE<sup>131</sup>

POUR : [Nom de la personne pour qui le document est produit et un identifiant pour cette personne]  
(exemples : Date de naissance, numéro d'identification de huit (8) chiffres d'IRCC, etc.)

À qui de droit,

[S'identifier ainsi que l'entité pour laquelle on travaille, s'il y a lieu et ce pour établir votre crédibilité, mais celle de l'entité également]

À la demande du·de la représentant·e, je produis cette évaluation pour [nom de la personne concernée] \_\_\_\_\_.

[Sections à prévoir]

#### Contexte de l'évaluation et de l'accompagnement psychosocial

- La ou les méthodologie(s) employée(s) lors des rencontres;
- Les tests passés;
- L'évaluation du simulacre;
- Les documents consultés (ex : narratif dans le FDA);
- Période à laquelle les rencontres ont eu lieu et si elles se poursuivent ;
- La fréquence des rencontres;
- Faits, mais très sommairement &
- Etc.

#### Observations lors des entrevues

---

<sup>131</sup> Un CV est toujours pertinent pour établir son expertise et/ou ses compétences

- Symptômes, difficultés, etc. perçus très importants (avec exemple de contexte dans lequel cela fut constaté);
- Symptômes, difficultés, etc. rapportés et explications, si possible, du pourquoi elles sont retenues;
- Comment les symptômes, difficultés, etc. peuvent être perçus comme des éléments entachant la crédibilité &
- Etc.

### **Recommandations**

- Besoin(s) en termes de suivi auprès de vos services et autres s'il y a lieu;
- Besoin(s) spécifiques quant à l'audience pour la demande d'asile (exemples : façon de questionner, besoin d'être sensible à la possibilité que les questions revictimise la personne concernée, etc. &
- Difficultés et comment elles pourraient affecter une relocalisation dans son pays d'origine et/ou sa capacité à se prévaloir d'une protection advenant son retour

[Signature]

[Nom au long avec titre]

[Vos contacts au long]