



TCRI

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



**DOCUMENTER UNE MUTILATION GÉNITALE FÉMININE/EXCISION POUR
DES FINS D'IMMIGRATION OU D'UNE DEMANDE D'ASILE**

**Quel contenu devrait-on retrouver dans les
documents produits par les professionnel·le·s des
services sociaux et/ou 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 compte et reçoivent des services appropriés et adaptés à leurs besoins.

Pour plus de renseignements, veuillez vous adresser à :

Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes
518 Beaubien Est
Montréal (QC) H2S 1S5

Téléphone : 514-272-6060

Courriel : info@tcri.qc.ca

Ce document est disponible sur le site internet www.tcri.qc.ca

© TCRI

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationale du Québec, juillet 2021

ISBN : 978-2-9818785-3-3

ABRÉVIATIONS ET SIGLES UTILISÉS

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

REMERCIEMENTS

Coordination, recherche et rédaction

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

Annick LEGAULT, avocate

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

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, professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Chercheuse, Centre de recherche SHERPA, CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal, Équipe Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et en Services Sociaux (METISS); Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal

Des remerciements sont aussi exprimés au ministère des Femmes et de l'Égalité des genres qui, par sa contribution financière a rendu possible la rédaction de ses lignes directrices.

Aujourd'hui, les mutilations génitales féminines/excisions¹ se pratiquent partout dans le monde, y inclus l'occident. Dans ce contexte, en janvier 2020, la TCRI a produit un rapport sur l'*État de la situation* des MGF au Québec.² Principalement, il en est ressorti, que les femmes et les fillettes ayant vécues 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 fillettes incluent l'émission de preuves pour les fins de leur dossier d'immigration, notamment lorsque celles-ci demandent l'asile au Canada ayant subi ou craignant une excision dans leur pays d'origine.³ 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 découlées. 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/les⁴ des services sociaux et/ou de la santé appelés à produire un tel document.

¹ 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] (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)

Finalement, notez que les citations peuvent présenter un vocable différent pour identifier une MGF/E.

² Le Rapport, précité.

³ 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).

⁴ Ce terme désigne l'ensemble des intervenants, dont : infirmiers/ères, médecins, sages-femmes, psychothérapeute, psychologue, psychiatre, travailleurs/es sociaux, intervenant/es sociaux, etc.

Table des matières

1. MISE EN CONTEXTE DES MGF/E	8
2. DÉFINITIONS & TYPES DE MGF/E	9
2.1 Les complications d'une MGF/E.....	12
2.2 Les MGF/E s'inscrivent souvent dans un continuum de violence faite aux femmes	15
2.3 Pays où on pratique les MGF/E.....	16
3. DROIT CRIMINEL CANADIEN & MGF/E	17
4. DIRECTEUR DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE	20
5. LA COMMUNICATION DANS LE CONTEXTE D'UN DOSSIER MGF/E	21
5.1 Comment communiquer la MGF/E avec la femme et/ou la fillette.....	22
6. DOCUMENTS DES PROFESSIONNEL·LE·S DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA SANTÉ.....	25
6.1 Attestation médicale pour une MGF/E (certificat médical).....	25
6.1.1 Identification des autres cicatrices.....	26
6.2 Documents psycho-sociaux, psychologiques et psychiatriques.....	27
6.2.1 Attestation de suivi et expertise du fonctionnement social.....	29
6.2.2 Rapport psychologique	29
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	31
7.1 Demande de refuge « moins complexe ».....	32
7.2 Demande de refuge « procédure régulière ».....	33
7.3 Démarches suivant une demande de refuge déboutée	34
7.3.1 Demande d'exemption de visa pour considérations humanitaires (ci-après demande CH).....	35
7.3.2 Demande d'évaluation des risques avant renvoi (ci-après demande ERAR)	37
CONCLUSION.....	39
DOCUMENTS CITÉS	40
ANNEXE A	44

1. MISE EN CONTEXTE DES MGF/E

Les MGF/E sont des pratiques traditionnelles qui existent depuis l'Antiquité.⁵ 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.⁶ De plus, on prévoit que plus de quatre (4) millions de filles risquent de subir une MGF/E en 2020.⁷ 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.⁸

Quoique le nombre de MGF/E pratiqués en sol canadien soit peu élevé, plusieurs femmes et fillettes à risque ou ayant déjà subi une MGF/E se trouvent, elles, au Canada.⁹ 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 régionaux se mobilisent sur les enjeux entourant les 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 relatif aux droits des femmes, interdisant « toutes les formes de mutilations génitales féminines (MGF)

⁵ 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>]

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

⁷ 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>]

⁸ 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]

⁹ 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>]

et toutes les autres pratiques néfastes » (Article 5, Protocole de Maputo¹⁰), l'Europe s'est également 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. Ses 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,¹¹ 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.¹² 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* ».¹³ La Société obstétrique et gynécologique du Canada (ci-après SOGC) endosse leur éradication et condamne leur médicalisation.¹⁴

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.* »¹⁵

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

¹⁰ 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>

¹¹ 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.

¹² *Le rapport*, p.6

¹³ 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)

¹⁴ 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)

¹⁵ 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),

¹⁶ 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 :¹⁷

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.¹⁸

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.¹⁹

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. »²⁰ À titre indicatif, la partie visible du clitoris mesure entre 0,5 et 1 cm,

¹⁷ Pour une classification plus détaillée, voir le *Rapport*, précité, p.7 & pour des schémas: voir à l'Annexe ???? qui reprend Care of girls and women living with female genital mutilation, WHO, pp.27-31, [En ligne] [\[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1\]](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1)

¹⁸ 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)

¹⁹ À cet effet: Une ouverture aux mutilations vaginales? Stupéfaction au Québec, Le Devoir, Amélie Daoust-Boisvert, 16 avril 2014, [En ligne] [\[https://www.ledevoir.com/societe/405697/une-ouverture-aux-mutilations-vaginales-stupefaction-au-quebec\]](https://www.ledevoir.com/societe/405697/une-ouverture-aux-mutilations-vaginales-stupefaction-au-quebec)

²⁰ 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.²¹

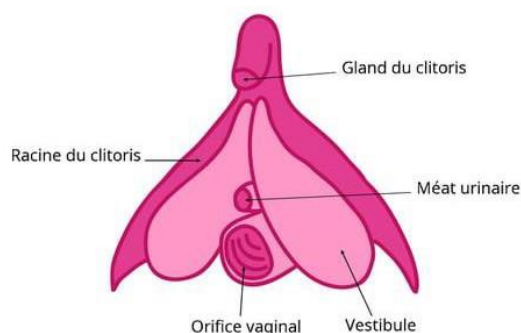


Schéma repris du Journal des Femmes, Santé, 19 juin 2019

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.²²

Principalement, on pratique les MGF/E du type 1 et du type 2.²³ Les MGF/E de type 3 représentent environ 10 % des cas et elles sont principalement pratiquées en Somalie, au Nord du Soudan et à Djibouti.²⁴

²¹ 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/>

²² Le rapport p.9.

²³ Les mutilations génitales féminines (MGF) - foire aux questions concernant, UNFPA, juillet 2019 [En ligne] [https://www.unfpa.org/fr/resources/les-mutilations-g%C3%A9n%C3%A9tales-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)

Des informations divergentes quant au type de pratiques plus courantes existent dans la documentation. Entre autres, on retrouve des informations à l'effet que les MGF/E de type 2 et 3 sont plus courantes, représentant environ 80% et 15% des mutilations pratiquées – voir au document *Recommandation de bonnes pratiques, Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de la santé de premier recours, argumentaire scientifique*, HAS (haute autorité de santé, février 2020, p.9, [En ligne] [\[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf\]](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf)

²⁴ Les mutilations génitales féminines (MGF) - foire aux questions concernant, UNFPA, juillet 2019 [En ligne] [https://www.unfpa.org/fr/resources/les-mutilations-g%C3%A9n%C3%A9tales-f%C3%A9minines-mgf-foire-aux-questions-concernant#where_practiced]

D'après la SOGC, les MGF/E sont principalement pratiquées sur les fillettes entre cinq (5) et douze (12) ans.²⁵ Cependant, autant les fillettes plus jeunes que les femmes de tous les groupes d'âge peuvent être soumises à une MGF/E.

Une femme ou une fillette peut, après avoir survécu à une excision, être contrainte d'en subir d'autres au cours de sa vie.²⁶ 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.²⁷

Quant à une **réinfibulation**, il s'agit d'une procédure pour recréer une infibulation²⁸ ou une procédure consistant à rétrécir l'orifice vaginal chez une femme après une désinfibulation (notamment après un accouchement); également appelée re-suture.²⁹

Aussi, lorsque la femme ou la fillette a été soumise à une MGF/E « mineure » on pourrait vouloir lui imposer une mutilation plus grave, 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 subies 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.

²⁵ SOGC Directive clinique - Excision génitale féminine, N. 395, Février 2020 (remplace celles de novembre 2013) (Voir Annexe ??????)

²⁶ 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)

²⁷ 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>]

²⁸ 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]

²⁹ 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)

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

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

Complications immédiates³²

- 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 dû à une grave hémorragie ou une septicémie

Complications tardives

- Problème en lien avec les accouchements³³ : 1) accouchement pas 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.³⁴
- 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)³⁵

³⁰ 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>

³¹ 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

³² 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>

³³ 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>

³⁴ Lignes directrices de l'OMS, p.12 et 38

³⁵ 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)

- Une diminution du plaisir sexuel (affecte la libido, mais non pas la fonction sexuelle) et/ou d'autres conséquences psycho-sexuelles³⁶
- États de stress post-traumatique, troubles anxieux, dépression, un sentiment de mésestime, perte de mémoire, évitement³⁷

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 sexuel³⁸

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

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.⁴⁰

³⁶ 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]

³⁷ Tropic 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>]

³⁸ 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>]

³⁹ 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>]

⁴⁰ 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]

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 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 sensibiliser aux éléments suivants eu égard à la femme ou la fillette concernée :

- Les décisions sociales sont possiblement prises et ont possiblement été prises par une tierce personne⁴¹ (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 ait vécu de la violence conjugale et/ou familiale (économique, physique, psychologique & sexuelle)

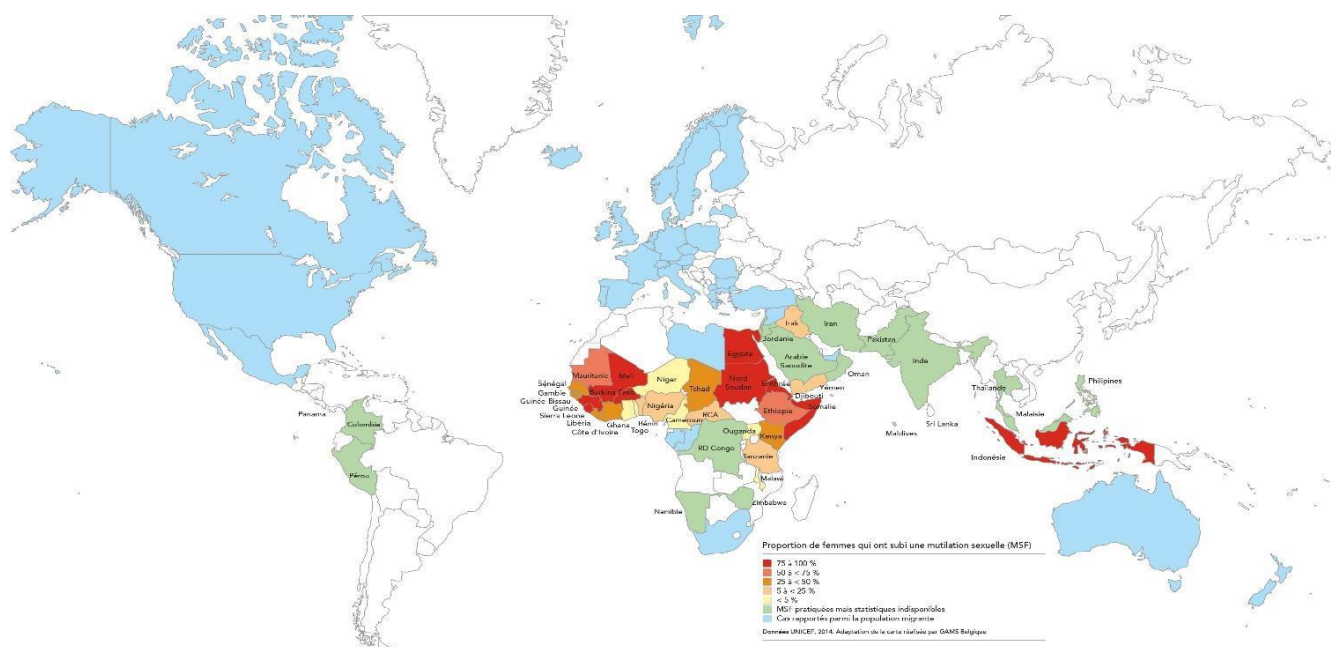
Il ne faut pas présumer que ce continuum prend fin dès lors que la femme ou la fillette se trouve en sol canadien. Il est donc important d'être sensible à la possibilité que ses actions, en partie ou totalement, soient déterminées par une tierce personne. Qui plus est, une fois au Canada, il arrive que 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.

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

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 ⁴²



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 monde⁴³ 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, ses dernières ont eu très peu d'effets notables à ce jour. Entre autres, on constate que :

- L'attitude sociétale, elle, demeure inchangé vis-à-vis des MGF/E;
- Les conséquences légales, souvent minimes, n'ont pas d'effet dissuasif quant aux pratiques;

⁴²La carte qui suit a été reprise [En ligne]

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

⁴³ 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

- Les lois en matière de MGF/E ne sont pas rigoureusement appliquées &
- Les lois en matière de MGF/E ne sont pas toujours claires.⁴⁴

3. DROIT CRIMINEL CANADIEN & MGF/E

Le Canada criminalise les MGF/E depuis 1997 avec l'adoption de l'article 286 (3) du Code Criminel.⁴⁵ Elles sont incluses sous la rubrique des voies de fait graves.

Une personne peut être jugée criminellement responsable pour le fait d'avoir performé une MGF/E au Canada, mais aussi pour l'avoir performé à l'étranger.

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

Les critères à retenir pour évaluer le vecteur de risque d'une MGF/E sur une fillette sont les suivants⁴⁶ :

- 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,

⁴⁴ 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)

⁴⁵ 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>

⁴⁶ 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
[En ligne] https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf

- 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 :

- 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 suivre une procédure particulière, participer à 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.

Important aussi de savoir et de partager, est le fait qu'un·e parent qui permet à ce qu'une personne procède à une excision sur son enfant engage aussi sa responsabilité criminelle (article 21 du Code criminel).

Cependant, il faut savoir distinguer entre une MGF/E illégale et la pratique, au Canada, d'une « **désinfibulation** »⁴⁷ ou d'une « **défibulation** »⁴⁸ 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*

⁴⁷ OMS : Incision de la vulve en vue d'ouvrir le vagin d'une femme ayant subi une infibulation. Définition reprise du glossaire de la Directive clinique de la SOGC, SOGC clinical practical guidelines, N. 395, February 2020 (remplace celle de novembre 2013), Voir Annexe ??????

⁴⁸ Terme utilisé par la SOGC. Voir SOGC clinical practical guidelines, N. 395, February 2020 (remplace celle de novembre 2013), Voir Annexe ??????

mécanique à la progression de la présentation. »⁴⁹ Cet acte médical est peu pratiqué et peu connu au Canada. Ainsi, la SOGC⁵⁰ renvoi ses membres à une publication de l'OMS.⁵¹

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.*⁵² Ce guide a été modifié en février 2020 et aujourd'hui, on n'y trouve aucune mention spécifique de la pratique des MGF/E.

En 2012, la SOGC a élaboré une déclaration de principe adressant spécifiquement les MGF/E⁵³ et exigeant, de la part de ses membres, de :

- Signaler, aux services appropriés de protection de l'enfance, toute fillette soupçonnée d'avoir été soumise à une MGF/E ou risquant de l'être &
- Refuser toutes demandes de **réinfibulation** et/ou autre MGF/E⁵⁴

La **réinfibulation** constitue une forme de MGF/E, condamnée dans plusieurs pays, notamment au Canada. Cependant, la SOGC, elle, est d'avis que cette pratique n'est pas criminalisée en vertu de l'article 268 (3) du Code criminel canadien. D'ailleurs, on dit qu'en 2014, elle avait modifié quelque peu sa directive sur les MGF/E pour permettre la **réinfibulation** suivant le consentement exprès de la patiente.⁵⁵ Ceci fut vivement contesté, entre autres, par le Collège des médecins du Québec.⁵⁶

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

⁵⁰ Terme utilisé par la SOGC. Voir SOGC clinical practical guidelines, N. 395, February 2020 (remplace celle de novembre 2013),

⁵¹*Care of girls and women living with female genital mutilation, a clinical handbook*, voir Annexe ??????? pour le détail de la procédure médicale d'une « désinfibulation » avec schémas.

⁵² 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>]

⁵³ Annexe ?????? pour Guideline n. 395 FGM de la SOGC. On y réitère la recommandation de refuser toute infibulation quoique l'on allègue que : *La réinfibulation n'est pas spécifiquement prohibée par le Code criminel canadiens (...)*. Aussi, on réfère, sous la rubrique, « KEY MESSAGES – New Resources », à un document du brycs (entité états-uniennes) qui endosse la réinfibulation : *Ultimately, the patients wishes should be respected. Only experienced gynecologists should perform reinfibulation.* [En ligne] [<https://brycs.org/wp-content/uploads/2018/09/Obstetric-Care-Final.pdf>]

⁵⁴ Notez que le Collège des physiiciens et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse a aussi adopté une politique succincte relativement aux MGF/E. Elle prévoit, entre autres, des sanctions pour celles et ceux pratiquant une MGF/E, voir Professional standard regarding female genital mutilation, [En ligne] [<https://cpsns.ns.ca/wp-content/uploads/2017/10/Female-Genital-Mutilation.pdf>]

⁵⁵ 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>]

⁵⁶ 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>]

De plus, notons que la Commission ontarienne des droits, elle, stipule que les MGF/E, y inclut 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**.⁵⁷

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.⁵⁸

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 leur protection.

L'article 38 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*⁵⁹ (ci-après la LPJ) prévoit l'ensemble des motifs de compromissions pour une enfant, soit les situations dans lesquelles il y ait prévu une intervention. Dans les cas où on invoque une MGF/E, trois motifs de compromission peuvent être invoqués:

- 38 c) mauvais traitements psychologiques
- 38 d) abus sexuels et
- 38 e) abus physiques⁶⁰

⁵⁷ 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>]

⁵⁸ SOGC policy statement, Female Genital Cutting/Mutilation, No. 395, February 2020, February 2020. Voir Annexe ????????

⁵⁹ Chapitre P-34.1

⁶⁰ 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.

D'après ce qui précède, le champ d'application de la LPJ est donc plus considérable que celui du Code criminel canadien.⁶¹ 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.⁶²

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 l'auraient déjà subie. 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.

Aussi, et en conformité avec les déterminations de l'OMS quant aux MGF/E, les excisions constituent des « abus physiques » mais non des abus sexuels.⁶³

De plus, le/la/les garant·e·s de l'autorité parentale ne peuvent pas invoquer leurs valeurs et/ou traditions⁶⁴ 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 (...).⁶⁵ Quant aux avocat·e·s⁶⁶ qui recevraient des informations quant à la compromission d'une enfant dans l'exercice de leurs fonctions, il n'y a aucune obligation de dénonciation.

Dans les situations où le signalement sont retenus, les « pouvoirs immédiats » de la DPJ sont importants.⁶⁷ En plus de retirer l'enfant de son lieu de compromission, on peut aussi retirer son passeport afin que l'on ne puisse pas la sortir du pays à l'insu de la DPJ.

Finalement, la LPJ présente aussi des limites en ce sens où elle s'applique exclusivement dans les situations où le/la/les garant·e·s de l'autorité parentale compromet un·e enfant. Ainsi, si le Gouvernement canadien, par l'entremise de l'Agence des services frontaliers du Canada (ci-après l'ASFC), est l'auteur de la « compromission » car elle procède à la déportation d'une fillette sujette à une MGF/E dans le pays vers lequel elle est renvoyée, la DPJ n'interviendra pas.

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

⁶¹ Voir le Rapport, précité, p. 33

⁶² Voir <https://educaloi.qc.ca/capsules/le-droit-criminel-cest-quoi/> & <https://www.barreau.qc.ca/media/1590/guide-droit-jeunesse.pdf>

⁶³ Rapport, précité, p.33.

⁶⁴ Rapport, précité, p.33.

⁶⁵ Article 39 de la LPJ.

⁶⁶ À l'exclusions des consultant·e·s et autres formes de représentants rémunérés ou non (les notaires sont inclus avec les avocat·e·s)

⁶⁷ Article 46 de la LPJ.

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 que⁶⁸ :

- 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 êtes 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'importance⁶⁹ :

- 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;
- Ne montrer aucun jugement quant à la culture, ni vis-à-vis la femme concernée (évitiez de faire usage des mots « normal » ou « anormal »);
- Être attentif à la présence et l'impact potentiel de nos propres biais et préjugés &
- 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.

⁶⁸ 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>]

⁶⁹ 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.]

De plus, le·la professionnel·le devrait adopter un comportement différent selon que la personne concernée soit une femme ou une fillette.⁷⁰ 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*.⁷¹ 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.⁷² 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'user de services d'interprétariat. Pour ses situations, il importe de choisir la personne qui va interpréter selon des critères spécifiques⁷³ :

- 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 ;

⁷⁰ 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] **Ce document adresse les 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.**

⁷¹ 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>]

⁷² 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]

⁷³ *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 [En ligne] [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf]

- Si c'est la première fois que l'interprète traduit sur 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, quoiqu'il 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 inapproprié pour vous adresser à la femme ou à la fillette.⁷⁴ Lorsque vous échangez avec elle, il est recommandé de faire usage du terme dans sa langue et/ou celui qu'elle emploie.⁷⁵ Souvent le mot retenu par la femme ou la fillette est « circoncision »,⁷⁶ « fermées », « excisées » ou encore « cousues ».⁷⁷

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).⁷⁸ Ceci est encore plus valable lorsque l'on est en présence de fillette. À titre d'exemple de langage retenu pour échanger sur les MGF/E avec une enfant: « Est-ce quelque chose a été fait? » « En bas ? »⁷⁹

Finalement, quant au contenu du document médical qui vous est demandé pour le Tribunal ou autres démarches d'immigration, l'usage du mot « **mutilation génitale féminine/excision** » peut s'avérer pertinent.⁸⁰ En usant du mot « mutilation » on s'assure qu'il y ait: (...) *une distinction linguistique claire par rapport à la circoncision masculine, et met l'accent sur la gravité et le caractère néfaste de l'acte.* (...) ⁸¹ 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.

⁷⁴ *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

⁷⁵ 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]

⁷⁶ 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

⁷⁷ 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]

⁷⁸ Directive clinique de la SOGC, Excision génitale féminine, N.299, novembre 2013

⁷⁹ Id, p. 57.

⁸⁰ 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.

⁸¹ 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,]

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 elle.

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)⁸². 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.⁸³

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 ses circonstances, il pourrait s'avérer pertinent d'échanger avec les parents, mais aussi, avec leur consentement, d'échanger avec le/la représentante 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:

⁸² Anciennes fractures par exemple.

⁸³ X (Re), 2019 CanLII 136668 (CA CISR)

- 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 maltraitements sexospécifiques⁸⁴ & prévoir la mention, si applicable, que les actes de tortures identifiées 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.

À l'Annexe ?????, 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.

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 (y inclus les MGF/E) dans leur rapport.⁸⁵ 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).⁸⁶ Notons que les médecins de la Clinique des demandeurs d'asile et réfugiés

⁸⁴ Ceci éviterait la multiplicité des rendez-vous pour la preuve.

⁸⁵ 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>

⁸⁶ Voir Annexe ????? pour lesdits schémas

(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*.⁸⁷ Celles-ci peut 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*.⁸⁸ Celui-ci mentionne brièvement les MGF/E sous la rubrique *Manifestations gynécologiques*,⁸⁹ 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*.⁹⁰ 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);⁹¹
- Différentes preuves physiologiques de torture et/ou de mauvais traitements (avec certaines images et dessins à l'appui);⁹²
- Différentes preuves neurologiques de trauma en lien avec la torture;⁹³

6.2 Documents psycho-sociaux, psychologiques et psychiatriques

⁸⁷ Voir Annexe ??????, suivant les divers schémas reproduits.

⁸⁸ 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)

⁸⁹ Protocole d'Istanbul: Lignes directrices internationales pour l'investigation et la documentation de la torture, p. 32

⁹⁰ 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>]

⁹¹ Id. Module 4, section 2, aux pp. 94-119

⁹² Id. Voir module 5, section 2, aux pp. 128-143

⁹³ Id. Voir module 5, section 3, aux pp. 143-145

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*.⁹⁴ 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. peut 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 ses événements). Le rapport peut donc aider à sauvegarder la crédibilité d'une femme et/ou fillette;
- Établir les séquelles de l'excision vécue pour documenter la « persécution continue »⁹⁵ dans laquelle s'inscrit la MGF/E ou les « raisons impérieuses »⁹⁶;
- Établir les difficultés à demander la protection au pays, mais aussi au Canada et
- 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 ses situations, il est très important de coréaliser les documents avec la femme ou la fillette concernée, mais aussi avec son·sa représentant·e.

⁹⁴ 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/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2>]

⁹⁵ 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 qu'il soit argumenté le préjudice constant.

⁹⁶ 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**.

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.* »⁹⁷ 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 n'adresse par les enjeux en lien avec la demande d'asile incluant, mais sans se limiter, aux 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;⁹⁸
- Etc.

Quant au contenu d'un tel document :

- Expertise du·de la professionnel·le;
- Période de la consultation thérapeutique, suivi, etc.;
- Si diagnostic posé, le mentionner ainsi que les symptômes perçus (pas juste ceux exposés par la personne concernée);
- Si médicament(s) prescrit 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

⁹⁷ 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]

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/>]

⁹⁸ 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.

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 traitements;
- 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.)⁹⁹
- 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 être¹⁰⁰ &
- 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*¹⁰¹ 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^{me} Olalere au 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)

⁹⁹ X (Re), 2019 CanLII 133698 (CA CISR), para 41.

¹⁰⁰ Ambrose Esede c. Canada, 2018 CF 1241 (CanLII), para 51.

¹⁰¹ Olalere c. Canada (Citoyenneté et Immigration), 2017 CF 385 (CanLII)

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*,¹⁰² 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

Une personne peut demander protection au Canada en vertu de deux dispositions dans la Loi sur l’immigration et la protection des réfugiés¹⁰³ (ci-après la LIPR). Ainsi, il peut être déterminé qu’une personne soit réfugiée (article 96 de la LIPR) et/ou une personne à protégée (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 ses 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 :

¹⁰² Egbesola c. Canada (Citoyenneté et Immigration), 2016 CF 204 (CanLII)

¹⁰³ L.C. 2001, ch. 27

- 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).¹⁰⁴

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 ses lignes directrices sont produites, l'arriéré des dossiers pré-Covid-19¹⁰⁵ 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);¹⁰⁶ 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.

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.¹⁰⁷ 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.¹⁰⁸

7.1 Demande de refuge « moins complexe »

¹⁰⁴ Dans une vie, une seule demande de refuge peut être faite au Canada.

¹⁰⁵ 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 consultée à l'adresse électronique suivante : <https://irb-cisr.gc.ca/fr/statistiques/asile/Pages/SPRStat.aspx>

¹⁰⁶ Cette donnée était valide en date du 30 juin 2020 via le site de la CISR, qui peut être consultée à l'adresse électronique suivante : <https://irb-cisr.gc.ca/fr/statistiques/asile/Pages/SPRStat.aspx>

¹⁰⁷ 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>

¹⁰⁸ 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).

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.¹⁰⁹ Un dossier de cette catégorie procédera à une audience courte (temps de l'audience ne devant ne pas excéder 1-2 heures)¹¹⁰ 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.¹¹¹ 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.¹¹²

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.

Actuellement, c'est la SPR qui établit le calendrier des audiences pour ensuite en informer les personnes concernées.¹¹³ 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.¹¹⁴

Les preuves sont indispensables car rarement une personne ait cru sur paroles; la crédibilité est souvent un enjeu déterminant dans les dossiers. Ainsi, une preuve de professionnel·le·s de la santé est clé dans

¹⁰⁹ 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)

¹¹⁰ Une audience courte peut devenir une audience régulière qui elle normalement prévoit trois (3) heures.

¹¹¹ 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)

¹¹² 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)

¹¹³ Guide du demandeur d'asile, CISR, Version 5, 2018, [En ligne] [\[https://irb-cisr.gc.ca/fr/demandes-asile/Pages/ClaDemGuide.aspx#whenhearing\]](https://irb-cisr.gc.ca/fr/demandes-asile/Pages/ClaDemGuide.aspx#whenhearing)

¹¹⁴ Guide du demandeur d'asile, CISR, Version 5, 2018, [En ligne] [\[https://irb-cisr.gc.ca/fr/demandes-asile/Pages/ClaDemGuide.aspx#whenhearing\]](https://irb-cisr.gc.ca/fr/demandes-asile/Pages/ClaDemGuide.aspx#whenhearing)

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 « délibérée » 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 ultérieure¹¹⁵ 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'appel¹¹⁶ devant la CISR. Cette demande, tout comme la demande de refuge, sursoit à une déportation du Canada. Pour ses dossiers, qui se font généralement sur papier,¹¹⁷ il est permis de produire une nouvelle preuve quoiqu'elle ait à répondre à des critères stricts.¹¹⁸

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);¹¹⁹
- Un suivi d'une 1^{ère} lettre faite pour les fins de la demande de refuge

¹¹⁵ 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.

¹¹⁶ Section d'appel des réfugiés (ci-après la SAR)

¹¹⁷ Des audiences sont parfois octroyées, mais ce rarement et selon des critères stricts.

¹¹⁸ 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>

¹¹⁹ Le·la représentant·e légal·e aura à expliquer pourquoi le document n'a pas pu être produit avant.

- 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 Commissaire¹²⁰ qui étudie le dossier est d'avis que cette même preuve :

- Soulèvent une question importante en ce qui concerne la crédibilité;
- Sont essentiels pour la prise de la décision relative à la demande d'asile;
- À supposer qu'ils soient admis, justifieraient d'accueillir ou de rejeter la demande d'asile présentée à la SPR.

Quant à l'issue 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 réfugié et/ou personne à protégée

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 judiciaire¹²¹ devant la Cour fédérale (ci-après Cour). Ce processus n'est pas un appel. On ne peut y soumettre de la nouvelle preuve sauf exception¹²² et la Cour ne peut substituer la décision du Tribunal. Si le jugement établit 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.¹²³

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.

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

¹²⁰ Ceci est le titre donné aux personnes qui rendent les décisions dans les divers tribunaux de la CISR.

¹²¹ Souvent référé sous le vocable de « contrôle judiciaire » ou l'acronyme DACJ.

¹²² 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.

¹²³ Sauf exceptions prévues à l'article 231 du *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés*, (DORS/2002-227), ci-après RIPR

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.¹²⁴ 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, souffrent d'un problème de santé qui mettrait leur vie en danger si déporté¹²⁵

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 ses demandes met, en moyenne, 22 à 36 mois.¹²⁶

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.¹²⁷

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.

¹²⁴ 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>

¹²⁵ 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)

¹²⁶ 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-delaiss-traitement.html>

¹²⁷ Cette liste a été reprise d'IRCC au lien suivant : <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

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 et ce 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.¹²⁸ Pour ses 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 psychosociale et/ou psychologique pourrait aussi être produit pour établir l'impact de la crainte de la mère, entre autres, sur ses capacités parentales, sa capacité d'adaptation, etc.

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

Contrairement à la demande CH, le recours ERAR **est offert** et ce lors d'une rencontre avec un·e agent·e de l'ASFC.¹²⁹ Cependant, ce sont les services d'IRCC qui sont responsables d'étudier ses 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

Quant aux personnes ayant antérieurement présenter 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.¹³⁰

Une demande ERAR est constitué d'un formulaire, d'élément 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

¹²⁸ 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.

¹²⁹ 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.

¹³⁰ Aussi, sachez qu'il y a d'autres exceptions à la règle du 12 mois.

comme dans une demande de refuge, la personne doit démontrer et établir sa crainte bien-fondé de persécution¹³¹ et ce alors que le taux de succès s'élève à 2%.¹³²

¹³¹ Pour plus d'information sur Comment présenter une demande ERAR, veuillez consultez 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>

¹³²Expulsion : l'impossible dernier appel, Annabel Nicoud, La Presse, 14 novembre 2012 [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>]

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 la 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, lorsque la femme et/ou la fillette a subi une MGF/E, un rapport psychologique et/ou une attestation de suivi est aussi la preuve « clé » et ce 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 prête.

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]
- 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
- 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

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
- 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
- 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

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_le_s_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

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

FICHE SIGNALÉTIQUE

Contenu pour une preuve MGF/E

- [] D'emblée, il faut se questionner sur la pertinence de la rédaction d'un document et dans certains cas, préférer ne rien rédiger¹³³
- [] Joindre votre CV (spécifiquement ce qui démontre votre expertise en la matière concernée ou en matières connexes)
- [] 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 document¹³⁴
- [] Identifier le type de document que vous produisez (attestation, suivi, rapport)
- [] Identifier par une date et la durée le ou les rencontres avec la fillette ou la femme concernée
- [] Présenter le diagnostic (pronostic, prescription de médicaments, symptômes constatés, etc.) ou reprendre celui confirmé par le·la professionnel·le habilité·e
- [] Expliquer que vous avez évalué la possibilité du « simulacre » chez la personne concernée (vous devez étayer si fait des tests ont été passés en ce sens)
- [] Les tests passés à la personnes concernées doivent eux aussi être clairement identifiés et expliqués
- [] 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 le/les identifier et expliquer en quoi le témoignage pourrait en être affecté (exemples :

¹³³ Voir p.29 du présent document

¹³⁴ 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 l'établir, les effets sur la santé d'un retour au pays d'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 si pas dans votre champ d'expertise
- [] reprendre les faits rapportées par la personne concernées et ce dans leur intégralité
- [] une analyse des lois du pays duquel la fillette ou la femme est ressortissante
- [] 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 concernées
- [] une conclusion quant à l'issue de la demande d'asile (exemple : « la demande d'asile devrait être acceptée »)