



Commission de l'immigration  
et du statut de réfugié

Immigration and  
Refugee Board

## **Section de la protection des réfugiés**

# **GUIDE DE FORMATION CONCERNANT LES VICTIMES DE TORTURE**

Direction générale du perfectionnement professionnel  
Avril 2004

# GUIDE DE FORMATION CONCERNANT LES VICTIMES DE TORTURE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>UN MOT SUR LA TORTURE</b>	<b>5</b>
Définitions	7
Méthodes de torture	8
Dissiper les mythes entourant la torture	10
<b>EFFETS DE LA TORTURE</b>	<b>12</b>
Effets physiques et psychologiques de la torture	13
DSM-IV – Critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique	15
<b>VICTIMES DE TORTURE EN SALLE D’AUDIENCE</b>	<b>20</b>
Capacité de témoigner	20
Principales caractéristiques	21
<b>INTERROGER UNE VICTIME DE TORTURE</b>	<b>24</b>
Approche fondamentale	25
Traumatisme, mémoire et fausses allégations	32
<b>RAPPORTS MÉDICAUX/PSYCHIATRIQUES</b>	<b>40</b>
Teneur du rapport médical/psychiatrique	41
Évaluation du rapport médical/psychiatrique	42
Interroger un témoin expert	43
Simulation et syndrome du stress post-traumatique	44
<b>TRAUMATISME VICARIANT</b>	<b>49</b>
Applicabilité au contexte de la Commission de l’immigration et du statut de réfugié du Canada	50
Signes et symptômes	51
Prévention et gestion du traumatisme vicariant	52

## **ANNEXE**

# INTRODUCTION

## ***À propos du Guide***

Le Guide de formation concernant les victimes de torture vise à aider les commissaires et les agents de protection des réfugiés (APR) de la Section de la protection des réfugiés (SPR) à composer avec les victimes de torture dans le cadre des procédures d'octroi de l'asile. Il a été élaboré pour les besoins d'un atelier national de formation sur les victimes de torture et se veut un ouvrage de référence que les commissaires et les APR pourront consulter après cet atelier. La Commission désire remercier le Centre canadien pour victimes de torture (CCVT) et le Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée (RIVO) pour leur contribution à l'élaboration du présent guide.

## ***Objectifs du Guide***

Il est toujours triste de constater que des demandeurs d'asile qui comparaissent devant la Commission ont été soumis à la torture – une forme de mauvais traitement si choquant et horrible qu'elle paraît pratiquement inconcevable. Ces demandeurs d'asile sont le rappel ambulancier des pires atrocités dont les hommes sont capables envers leur prochain. Ils comparaissent néanmoins, et leur demande d'asile doit être entendue et tranchée. Le présent guide vise à sensibiliser les commissaires et les APR aux difficultés auxquelles les victimes de torture font face et à les aider à mieux gérer les audiences tenues pour entendre les victimes de torture. Il les aidera à instruire à fond la demande d'asile de la victime de torture compte tenu des besoins spéciaux de cette dernière. Le présent guide aborde également les cas où la crédibilité de la soi-disant victime de torture est en cause, les fausses allégations de torture, et les rapports médicaux/psychiatriques corroborants



Voici quelques-unes des questions abordées dans le présent guide :

- Comment puis-je réduire le risque de « retraumatisation » chez le demandeur?
- Pourquoi toutes les victimes de torture agissent-elles différemment?
- Que puis-je faire si le demandeur a peine à répondre à mes questions?
- De quelle façon le traumatisme affecte-t-il la mémoire?
- Comment dois-je m'y prendre pour mener un interrogatoire efficace?
- Comment interroger l'auteur d'un rapport médical/psychiatrique lorsque je soupçonne le demandeur de simuler?
- Comment reconnaître et faire face au traumatisme vicariant?

## ***Portée du Guide***

**L**es principes exposés dans le présent guide s'appliquent à toutes les victimes de torture qui comparaissent devant la Commission, que leur demande d'asile repose sur l'expérience de la torture ou non.

**L**e présent guide *ne traite pas* des questions *juridiques* que soulèvent la définition de la torture et la reconnaissance de la qualité de « personne à protéger » aux personnes qui ont été torturées ou qui s'exposent au risque de torture si elles retournent dans leur pays. Pour une analyse de ces questions, veuillez consulter la publication des Services juridiques intitulée *Regroupement des motifs de protection dans la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés : Personnes à protéger* (mai 2002).

# UN MOT SUR LA TORTURE

**D**e nos jours, il tient du paradoxe que la torture soit infligée de façon systématique et à grande échelle comme jamais auparavant alors même qu'elle est si largement condamnée par les instruments internationaux<sup>1</sup>.

**D**ès 1948, la *Déclaration universelle des droits de l'homme* des Nations Unies prévoit expressément que nul ne doit être soumis à la torture. La protection contre la torture est l'un des rares droits auxquels on ne saurait déroger : il n'existe en effet aucune excuse à la torture, ni aucune circonstance atténuante pour la pratiquer. Les autres instruments internationaux incluent la Déclaration de 1975 sur la protection contre la torture et la Convention de 1984 contre la torture. En dépit de la condamnation universelle de la torture, Amnesty International n'hésite pas à qualifier la torture de « fléau du XX<sup>e</sup> siècle ». Aujourd'hui, plus de 100 pays pratiquent la torture, soit plus de la moitié de tous les pays du monde<sup>2</sup>.

**C**omme il fallait s'y attendre, nombreux sont les pays où la torture est pratiquée qui sont également des pays sources de réfugiés. On estime qu'un nombre important de demandeurs d'asile qui comparaissent devant la SPR sont des victimes de torture.

**M**ais qu'est-ce que la torture<sup>3</sup>? À sa plus simple expression, la torture consiste en l'infliction de douleurs ou de souffrances physiques ou mentales. Une importante caractéristique de la torture est que le tortionnaire a le contrôle physique absolu de sa victime. Il en résulte ainsi un état de détresse qui habite la victime longtemps après l'infliction des sévices. La douleur et la souffrance sont partie intégrante de la torture, mais le but ultime de la torture n'est pas la douleur et la souffrance en soi, mais bien le désir d'annihiler la volonté. La torture vise à instituer un sentiment d'impuissance et de terreur chez les victimes et la communauté à laquelle elles appartiennent. La torture est une pratique délibérée et systématique – l'infliction *intentionnelle* de la douleur par une personne sur une autre personne. Cette caractéristique fait de la torture un traumatisme très différent de celui causé, par exemple, par une catastrophe naturelle.

---

<sup>1</sup> Joan Simalchik, « The Politics of Torture: Dispelling the Myths and Understanding the Survivors » tiré de *Community Support for Survivors of Torture: A Manual*, pages 9 à 13, édité par Kathy Price et publié par le Centre canadien pour victimes de torture, Toronto (Ontario), 1995.

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> La description qui suit est une adaptation de : Elena O. Nightingale, « The Problem of Torture and the Response of the Health Professional », tiré de *Health Services for the Treatment of Torture and Trauma Survivors*, éd. J. Gruschow et K. Hannibal (Washington, D.C. : American Association for the Advancement of Science, 1990), pages 8 et 9 (et repris dans le cadre du Cours d'initiation des agents d'asile américains, *Interviewing*, partie V, « Interviewing Survivors », février 1998.

## Protocole d'Istanbul

[L]a torture [...] a pour objet et pour effet de réduire la victime à un état de détresse et d'impuissance extrêmes pouvant aboutir à une détérioration des fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales. Autrement dit, la torture constitue essentiellement une agression contre les structures psychologiques et sociales fondamentales de l'individu. Elle vise à briser non seulement l'intégrité physique de la victime, mais aussi sa personnalité. [...] En déshumanisant sa victime et en brisant sa volonté, il pervertit gravement les relations futures qui s'établiront entre la victime et son entourage. C'est ainsi que la torture peut, par contrecoup, miner le fonctionnement et la cohésion de communautés tout entières.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Protocole d'Istanbul : *Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Istanbul, Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme (1999), page 47.

## **Définitions**

Selon l'article premier de la Convention internationale contre la torture<sup>5</sup> :

Aux fins de la présente Convention, le terme « torture » désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant de sanctions légitimes inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles.

L'Association médicale mondiale, dans sa *Déclaration de Tokyo* (1975), définit la torture comme suit :

Au sens de la [présente] déclaration, la torture peut être définie comme les souffrances physiques ou mentales infligées à un certain degré, délibérément, systématiquement ou sans motif apparent, par une ou plusieurs personnes agissant de leur propre chef ou sous l'ordre d'une autorité pour obtenir par la force des informations, une confession ou une coopération de la victime, ou pour toute autre raison.

---

<sup>5</sup> La *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du Canada adopte cette définition de la torture.

## **Méthodes de torture**

Il est pratiquement impossible de dresser la liste de toutes les méthodes de torture actuellement employées dans le monde. Les tortionnaires continuent de raffiner leurs techniques et d'élaborer des moyens de dissimuler la preuve de torture. Voici néanmoins la liste des méthodes de torture les plus courantes.

### **Torture physique**

- coups et contusions (coups de poing, coups de pied, gifles, coups de fouet, coups de matraque, faire tomber le sujet à terre)
- tortures positionnelles, consistant à suspendre le sujet, à attacher ses membres en extension, à lui imposer de manière prolongée un mouvement particulier ou une position inconfortable
- blessures par broiement
- brûlures (avec des instruments, des cigarettes, un liquide bouillant ou des substances caustiques)
- coups d'arme blanche, lacérations à l'arme blanche
- introduction de fils de métal sous les ongles, chocs électriques
- mutilation ou arrachage de membres
- amputation de doigts ou de membres, ablation d'organes
- asphyxiation (par noyade, suffocation, étouffement ou inhalation de produits chimiques)
- application de produits chimiques sur des plaies ou des muqueuses
- attaques d'animaux, torture dentaire
- épuisement, travaux forcés, privation de nourriture

### **Sérvices sexuels**

- viol, insertion d'objets, humiliation sexuelle
- sérvices génitaux, actes sexuels forcés, nudité forcée

### **Torture psychologique**

- menaces de blessures ou de mort à l'endroit du sujet ou de ses proches
- obligation d'assister à des tortures ou d'entendre une victime se faire torturer
- simulacre d'exécution, obligation de torturer d'autres victimes
- dénigrement, humiliations, menaces d'attaques d'animaux
- violation de tabous, obligation de violer les préceptes de sa religion

### **Torture découlant des conditions ambiantes**

- privation de sommeil, de lumière ou d'hygiène
- exposition à des températures extrêmes, surexcitation sensorielle – bruits ou lumières intenses
- promiscuité, surpopulation

### **Torture pharmacologique**

- administration de doses toxiques de sédatifs, neuroleptiques ou substances paralysantes

## **Exemples de sévices particuliers**

Cloche : seau ou autre contenant métallique placé sur la tête de la victime frappé à répétition de façon à produire un bruit soudain intense et des réverbérations.

Sonnette : décharges électriques transmises à répétition par le biais d'électrodes disposées sur une partie du corps (ex. oreilles, yeux, paupières, organes génitaux, gencives, plantes des pieds).

« *Falaka* » ou « *falanga* » : sévices par lesquels on frappe à répétition la plante des pieds.

Supplice du collier : pneu rempli d'essence ou autre liquide inflammable fixé au cou de la victime auquel on met le feu. Également une méthode de torture psychologique par laquelle une mine antipersonnelle, une grenade ou autre dispositif explosif est attaché au cou de la victime de façon qu'il soit difficile, voire impossible, de l'enlever sans le faire exploser.

Perchoir du perroquet : suspension de la victime à une poutre par les genoux alors que ses poignets et ses chevilles sont solidement liés ensemble.

« *Submarino* » : sac de plastique enfilé sur la tête, obturation de la bouche et du nez, compression de la nuque ou inhalation forcée de poussière, de ciment, de piment, etc. C'est la variante « à sec » du *submarino*. La variante « liquide » consiste à immerger de force la tête de la victime dans de l'eau, souvent souillée d'urine, d'excréments, de vomi et autres impuretés.

Suspensions : suspension « en croix » (bras écartés et attachés à une barre horizontale); suspension « du boucher » (mains attachées au-dessus de la tête, soit ensemble, soit séparément; suspension « du boucher » renversée (suspension par les pieds, tête en bas) suspension « palestinienne » (suspension par les avant-bras liés ensemble derrière le dos et fixés à une barre horizontale, les coudes formant un angle de 90 degrés ou suspension à une corde attachée autour des coudes ou des poignets, les bras derrière le dos).

## ***Dissiper les mythes entourant la torture***

Pour bien saisir ce qu'est la torture et ce en quoi consiste sa pratique, il importe de dissiper certains mythes quant à la nature et à l'objectif de la torture<sup>6</sup>.

**MYTHE** : *La torture est pratiquée par les sociétés « moins civilisées ».*

**RÉALITÉ** : C'est un leurre que de penser que seuls les « autres », c'est-à-dire les sociétés différentes de la nôtre, s'adonnent à la torture. La torture moderne est pratiquée sur tous les continents tant par les régimes de droite que par les régimes de gauche.

**MYTHE** : *La torture vise principalement l'obtention de renseignements ou d'aveux signés.*

**RÉALITÉ** : L'obtention de renseignements ou d'aveux n'est pas le but premier de la torture : rarement la signature d'aveux donne-t-elle lieu à un répit ou à la remise en liberté. La torture vise à créer et à renforcer un sentiment d'impuissance et de terreur chez les victimes et la communauté dans laquelle elles vivent. C'est une pratique qui met en place une situation conçue pour détruire les capacités physiques et psychologiques des survivants de fonctionner comme individus vivants.

**MYTHE** : *La torture vise à détruire le corps.*

**RÉALITÉ** : La torture ne vise pas à détruire le corps, mais bien l'esprit. Souvent des médecins et des membres du personnel médical assistent aux séances de torture pour s'assurer que la victime vivra assez longtemps pour que la stratégie soit efficace.

**MYTHE** : *La torture est une pratique aléatoire.*

**RÉALITÉ** : La torture est rarement, sinon jamais, pratiquée de façon aléatoire. Elle s'insère plutôt dans le cadre d'un vaste ensemble de mesures de répression et de suppression de droits ou est utilisée par l'État policier pour dissuader les personnes soupçonnées de dissidence ou reconnues dissidentes.

**MYTHE** : *La torture est un châtimeur poussé à l'extrême.*

**RÉALITÉ** : La torture peut être employée à diverses fins (par exemple pour punir, obtenir des renseignements ou exercer des pressions sur une tierce partie), mais elle est principalement pratiquée à titre de mesure de contrôle social.

---

<sup>6</sup> Cette section s'inspire de l'article de Joan Simalchik intitulé « The Politics of Torture: Dispelling the Myths and Understanding the Survivors », *supra*, note 1.

**MYTHE** : *La torture n'est pas toujours le fait d'autorités gouvernementales.*

**RÉALITÉ** : L'État prend souvent part à la torture, soit directement, soit indirectement. Cette participation fournit ainsi le cautionnement nécessaire et procure la justification voulue aux tortionnaires.

**MYTHE** : *Seuls les psychopathes et les sadiques pratiquent la torture.*

**RÉALITÉ** : Il ne fait aucun doute que certains tortionnaires s'adonnent à cette pratique parce qu'ils sont sadiques. Toutefois la plupart des tortionnaires ne le sont pas. Ils font partie d'un vaste appareil de terreur qui agit de façon à les protéger contre les conséquences de leurs actes.

Au problème des perceptions erronées de la torture s'ajoute le « mur d'incrédulité soutenue » qui empêche de bien saisir toute l'ampleur de la torture. La plupart des gens préfèrent éviter complètement le sujet.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Joan Simalchik, *supra*, note 1.

# EFFETS DE LA TORTURE

En dix années de conflit, 56 000 jeunes Américains allaient mourir dans la jungle, les deltas des fleuves et les rizières d'Asie du Sud-Est. De 60 000 à 100 000 autres se sont ultérieurement enlevé la vie. La guerre du Vietnam a été la première dans les annales de l'histoire où le nombre de morts au combat a été dépassé par le nombre de suicides parmi les anciens combattants.<sup>8</sup>

Comme en fait foi l'énoncé ci-dessus, l'exposition à un traumatisme aigu peut avoir de sérieuses conséquences. Étant donné la nature extrême de la torture, on devrait pouvoir facilement comprendre que l'infliction de la torture est susceptible de se répercuter profondément sur le survivant et sur le comportement de celui-ci devant la Commission. *Toutes* les victimes de torture subissent certains effets physiques et psychologiques de la torture et l'on estime que les survivants de la torture ne reviennent vraiment jamais tout à fait de leur expérience.

Les victimes de torture utilisent souvent le terme « brisé » pour décrire l'effet qu'a eu la torture sur elles. Les victimes de torture assimileront toujours l'épisode de torture qu'elles ont subi comme un point de référence. Leur vie se découpe comme suit : « avant que je sois torturé(e) » et « après que j'ai été torturé(e) ». Les victimes perçoivent que le cours normal de leur vie s'est rompu à ce point précis. Même de nombreuses années après leur torture, elles disent souvent spontanément : « je ne suis plus ce que j'étais » ou « je ne sais plus où j'en suis »<sup>9</sup>.

Certaines victimes de torture exhibent de profonds symptômes psychologiques et réactions émotives. Les principaux troubles psychiatriques liés à la torture sont le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), la dépression, les troubles d'adaptation et les troubles d'anxiété. Bien que toutes les victimes de torture soient affectées par leur expérience, il importe toutefois de reconnaître que ce ne sont pas toutes les victimes qui développent des troubles mentaux qui peuvent être diagnostiqués. Les commissaires et APR doivent donc s'abstenir de tirer une conclusion défavorable du fait que la personne qui prétend avoir été torturée ne souffre pas du SSPT.

Voici, ci-après, un aperçu non exhaustif des effets physiques et psychologiques de la torture.

---

<sup>8</sup> Propos de Baigent et Leigh (1998) cités dans le *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*, de Santé Canada (2001) (préparé par Jan I. Richardson).

<sup>9</sup> Paul Berdichevsky, « The Continuing Ordeal: Long Term Needs of Survivors of Torture » ([www.ccvr.org/ordeal.html](http://www.ccvr.org/ordeal.html)).

# ***Effets physiques et psychologiques de la torture***

*Les effets physiques de la torture incluent :*

- douleurs musculo-osseuses;
- engourdissements et adynamie;
- troubles neurologiques (engourdissements, adynamie, faiblesse ou incoordination de la fonction motrice);
- maux de tête;
- fractures des os;
- lésions de la peau (contusions, meurtrissures, lacérations, brûlures, ecchymoses, lésions traumatiques pénétrantes);
- blessures à la tête;
- lésions aux organes internes;
- problèmes gynécologiques;
- perte de la vue et de l'ouïe.

*Les effets psychologiques de la torture incluent :*

- reviviscence du traumatisme (flash-back ou souvenirs récurrents);
- torpeur émotionnelle (absence d'émotions ou émotions inappropriées);
- détachement et repli social;
- déficit mnésique/manque de concentration/confusion;
- anxiété et dépression;
- troubles paniques/accès de panique;
- troubles du sommeil et cauchemars;
- symptômes somatiques (ex. douleurs, maux de tête, maux d'estomac, nervosité, syncopes, sueurs, fatigue, faiblesses, perte d'appétit, gain de poids);
- peur (surtout peur de l'autorité)/phobies;
- méfiance/attitude soupçonneuse/paranoïa;
- sentiment d'impuissance;
- sentiment de désespoir;
- sentiment d'isolement/d'aliénation/de désorientation;
- atteintes au moi (sentiment de honte, d'humiliation, d'inutilité, perte de confiance);
- rage/accès de colère/comportement agressif/irritabilité;
- dissociation/détachement et dépersonnalisation;
- hypervigilance;
- hypersensibilité;
- idées de mort et tentatives de suicide.

*Les effets de la torture sur le fonctionnement social*<sup>10</sup> incluent :

- détérioration de la structure familiale, déficit de la capacité d'interagir avec les autres membres de la famille, déficit des compétences parentales;
- désagrégation des liens sociaux;
- capacité limitée de conserver son emploi et de subvenir à ses propres besoins et à ceux de sa famille.

*Les facteurs susceptibles d'ajouter aux effets de la torture*<sup>11</sup> incluent :

- peine accablante ou deuil dû à la séparation ou à la perte de ses proches;
- sentiment accablant de culpabilité (culpabilité du survivant, blâme porté sur soi pour sa propre torture ou la torture d'autres personnes);
- « choc des cultures » : difficultés d'adaptation dues à la réinstallation dans un autre pays;
- incertitude quant à son statut au Canada.

---

<sup>10</sup> Cours d'initiation des agents d'asile américains, *Interviewing*, partie V, « Interviewing Survivors », février 1998.

<sup>11</sup> *Ibid.*

# **DSM-IV – Critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique**

## **309.81 Syndrome de stress post-traumatique**

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée;
  - (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Nota : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. Nota : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme;
  - (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. Nota : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable;
  - (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (*flash-back*), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication); Nota : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir;
  - (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause;
  - (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;
  - (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;
  - (3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;
  - (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;
  - (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;
  - (6) restriction des affects (ex., incapacité d'éprouver des sentiments tendres);
  - (7) sentiment d'avenir « bouché » (ex., penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

- D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;
  - (2) irritabilité ou accès de colère;
  - (3) difficultés de concentration;
  - (4) hypervigilance;
  - (5) réaction de sursaut exagérée.
- E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**À spécifier** (pour l'apparition et la durée des symptômes)

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Apparition différée : si le début des symptômes survient six mois ou plus après le facteur de stress.

**Caractéristiques et troubles connexes**

Les personnes souffrant du syndrome de stress post-traumatique disent parfois se sentir péniblement coupables d'avoir survécu aux autres ou d'avoir fait ce qu'elles ont fait pour survivre. L'évitement phobique des situations ou des activités qui ressemblent ou symbolisent le traumatisme initial peut compliquer les relations interpersonnelles et mener à des conflits conjugaux, au divorce ou à la perte de l'emploi.

La pléiade de symptômes qui suivent peuvent survenir et sont plus couramment observés en association avec un facteur de stress interpersonnel (ex. violence physique ou agression sexuelle subie durant l'enfance, violence familiale, détention à titre d'otage, détention à titre de prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration et torture) : modulation due à une déficience affective; comportement autodestructeur et impulsif; symptômes dissociatifs; symptômes somatiques; sentiments d'inefficacité, de honte ou de désespoir; sentiment de perte irréparable de soi; perte de convictions jadis profondes; hostilité; repli social; sentiment de menace constante; difficultés interrelationnelles; ou modification des traits de la personnalité. À ces symptômes s'ajoute le risque éventuellement accru du trouble panique, de l'agoraphobie, du trouble obsessionnel-compulsif, de la phobie sociale, de la phobie spécifique, du trouble dépressif majeur, du trouble de somatisation et des troubles liés à l'abus de substances. On ne sait dans quelle mesure ces troubles précèdent ou suivent l'apparition du syndrome de stress post-traumatique.

**Caractéristiques spécifiques liées à la culture et à l'âge**

Le syndrome de stress post-traumatique peut survenir plus souvent chez les personnes qui ont récemment émigré de régions durement secouées par l'agitation sociale et les conflits civils. Ces personnes peuvent être particulièrement réticentes à parler de la torture et des traumatismes subis en raison de la précarité de leur statut d'immigrant politique. Il faut effectuer chez de telles personnes des évaluations spécifiques de leurs expériences traumatiques et des symptômes concomitants.

Chez les jeunes enfants, les rêves pénibles de l'événement peuvent, au bout de plusieurs semaines, se changer en cauchemars généralisés de monstres, de sauvetage d'autrui ou de menaces pesant sur eux ou sur autrui. Les jeunes enfants n'éprouvent habituellement pas le sentiment de revivre le passé; la reviviscence du traumatisme peut néanmoins se produire sous forme de jeux répétitifs (ex. l'enfant qui a survécu à un grave accident de la route reconstitue des collisions avec ses voitures-jouets). Comme les enfants arrivent difficilement à exprimer la perte d'intérêt à des activités d'importance et la restriction des affects, ces symptômes doivent être évalués soigneusement à partir des observations des parents, des enseignants et d'autres observateurs. Chez les enfants, le sentiment d'avenir compromis peut se manifester par la croyance que la vie sera trop courte pour devenir adulte un jour. Les enfants peuvent également éprouver un sentiment de « clairvoyance », c'est-à-dire la conviction en sa capacité de prédire les événements fâcheux futurs, et exhiber divers symptômes physiques tels que les maux d'estomac et les maux de tête.

### **Prévalence**

Les études menées auprès des individus à risque (ex. anciens combattants, victimes de catastrophe naturelle ou de violence criminelle) font ressortir des taux de prévalence variant de 3 p. 100 à 58 p. 100.

Le syndrome de stress post-traumatique peut survenir plus souvent chez les personnes qui ont récemment émigré de régions durement secouées par l'agitation sociale et les conflits civils. Ces personnes peuvent être particulièrement réticentes à parler de la torture et des traumatismes subis en raison de la précarité de leur statut politique. Il faut effectuer chez de telles personnes des évaluations spécifiques de leurs expériences traumatiques.

### **Survenue et évolution**

Le syndrome de stress post-traumatique peut survenir à n'importe quel âge, y compris durant l'enfance. Les symptômes apparaissent habituellement entre le premier et le troisième mois qui suivent le traumatisme, bien qu'il puisse s'écouler des mois et même des années avant qu'ils n'apparaissent. Souvent, l'agitation répond au départ aux critères diagnostiques de l'état de stress aigu (voir la page 429) immédiatement après la survenance du traumatisme. Les symptômes associés au syndrome et la relative prédominance de la reviviscence et des symptômes de l'évitement et de l'hypervigilance peuvent varier au fil du temps. La durée des symptômes varie : environ la moitié des sujets guérit en moins de trois mois, mais les symptômes persistent chez de nombreux autres sujets plus de 12 mois après le traumatisme.

La gravité, la durée et la proximité de l'événement traumatique sont les facteurs les plus importants de la survenue probable du syndrome de stress post-traumatique. Certains indices donnent à croire que le soutien social, les antécédents familiaux, les expériences vécues durant l'enfance, les traits de personnalité et les troubles mentaux préexistants jouent sur le développement du syndrome de stress post-traumatique. Quoi qu'il en soit, ce syndrome peut survenir même lorsqu'il n'y a aucune condition prédisposante si le facteur de stress est particulièrement sévère.

### **Diagnostic différentiel**

Dans le syndrome de stress post-traumatique, le facteur de stress doit être de nature extrême (c.-à-d. de nature à constituer un danger de mort). Par contre, dans le trouble d'adaptation, la gravité du facteur de stress n'a aucune importance. Le diagnostic de trouble d'adaptation est donc adéquat tant dans les cas où le facteur de stress ne satisfait aux critères du syndrome de stress post-traumatique (ou autre trouble mental spécifique) que dans les cas où des symptômes correspondant à ceux du syndrome de stress post-traumatique apparaissent en réponse à un facteur de stress plus modéré (ex. séparation, perte de l'emploi).

Toutes les psychopathologies qui surviennent chez un individu exposé à un facteur de stress extrême ne sont pas forcément attribuables au syndrome de stress post-traumatique. L'évitement, l'émoussement des émotions et l'hypervigilance présents avant l'exposition au facteur de stress ne satisfont pas aux critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique et appellent d'autres diagnostics (ex. troubles de l'humeur et autres troubles anxieux). Par ailleurs, si la réaction symptomatique au facteur de stress extrême répond aux critères diagnostiques d'un autre trouble mental (ex., trouble psychotique bref, trouble de conversion, trouble dépressif majeur), il y a lieu de prononcer le diagnostic de ces troubles au lieu ou en sus du diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. L'état de stress aigu se distingue du syndrome de stress post-traumatique du fait que les symptômes de l'état de stress aigu doivent apparaître et se dissiper dans les quatre semaines qui suivent l'événement traumatique. Si les symptômes persistent plus d'un mois et qu'ils satisfont aux critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique, il y a lieu de changer le diagnostic d'état de stress aigu à celui de syndrome de stress post-traumatique.

Il faut s'assurer qu'il n'y a pas simulation dans les cas où une forme de rémunération, l'admissibilité à des prestations ou autres avantages ou une décision médico-légale dépendent du diagnostic de syndrome de stress post-traumatique.

## Mon travail auprès des survivants<sup>12</sup>

Je me rappelle avoir été marqué par son apparence dès que je suis arrivé dans la salle d'attente. Il avait pratiquement le même âge que moi, mais je voyais un vieil homme à la chevelure blanche, l'air fatigué, le visage flétri et les traits tirés. Je me suis demandé ce que j'allais bien pouvoir offrir à ce survivant de la torture. Allais-je pouvoir l'aider à récupérer d'un traumatisme aussi horrible? Comment peut-on arriver à surmonter une expérience qui compromet les besoins humains les plus fondamentaux et à vivre sa vie avec sérénité?

Cet homme était le premier de nombreux clients que m'ont renvoyés mes collègues de la fondation médicale. J'ai beaucoup appris de cet homme. Par exemple, j'ai appris le sens réel de termes que je n'avais vus jusqu'alors que dans les livres et les articles de revues. Je savais que la *falaka* était une forme de sévices qui consiste à frapper la plante des pieds avec un bâton. Il m'a fallu entendre la douleur que causent ces sévices, non seulement la première fois, lorsque la plante des pieds est réduite à une plaie ouverte sanguinolente, mais aussi toutes les fois qui ont suivi, lorsque les plaies en voie de cicatrisation (alors probablement infectées) étaient rouvertes encore et encore. Il est souvent insupportable – même des années plus tard – de marcher ne serait-ce que quelques centaines de mètres.

Au-delà de cette atrocité, j'ai appris que le pire souvenir de l'expérience de cet homme n'est non pas ses souffrances personnelles, mais bien le fait d'avoir été forcé à assister à la torture et à la mort d'autres personnes. Les simulacres d'exécution étaient souvent jumelés à de vraies exécutions. Il lui est arrivé à quelques reprises d'être le seul debout – encore sauf – après le tir nourri du peloton d'exécution. Encore que toutes les mises à mort ne se faisaient pas toujours aussi proprement. Dans l'obscurité des cellules surpeuplées, des suppliciés ne revenaient que pour mourir plusieurs heures plus tard, agonisant sans répit aucun.

D'une certaine façon, cet homme est chanceux. Il a survécu à la torture. Il s'est enfui de son pays et a reçu l'asile politique. Il est relativement à l'abri de toute autre attaque. Pourtant, sa vie a été changée à jamais. Il sait qu'il a été trahi par l'un des membres de sa famille, une personne dont il était particulièrement proche. Il n'a plus jamais été capable de faire confiance ou de vivre aussi librement qu'auparavant. Il traînera le boulet de sa torture jusqu'à la fin de ses jours.

---

<sup>12</sup> Stuart Turner, « Working with Survivors » (1989), tiré de *Psychiatric Bulletin*, 13:173-176.

# VICTIMES DE TORTURE EN SALLE D'AUDIENCE

## *Capacité de témoigner*

*L'audition de la demande d'asile peut s'avérer stressante pour n'importe quel demandeur d'asile et l'est d'autant plus si ce dernier a été victime de torture, même si on ne l'interroge pas directement à propos des sévices qu'il a subis.*

L'expérience de la torture aura pratiquement sans aucun doute une incidence négative sur la capacité du demandeur d'asile à témoigner même s'il ne souffre pas de troubles psychologiques. On soutient que les victimes de torture ne récupèrent jamais complètement de la torture. À ce fait, il faut ajouter que les audiences de la Commission correspondent au genre de situations qui mettent les victimes de torture mal à l'aise; il est donc évident qu'il s'impose de prendre des mesures spéciales pour interroger les victimes de torture. Pour bien saisir ces mesures spéciales, il faut d'abord comprendre les difficultés auxquelles les victimes de torture peuvent se buter durant l'audience.

Il arrive souvent à la victime de torture de se sentir stressée, vulnérable, impuissante et même craintive dans le cadre de l'audience. Elle sera probablement réticente à parler des sévices qu'elle a subis et des autres expériences traumatiques qu'elle a vécues. Elle pourrait même hésiter à parler d'événements non traumatiques. Il arrive également souvent à la victime de torture d'avoir peine à se souvenir et à se concentrer et de réagir de façon imprévisible sur le plan émotif, et ce, même si de nombreuses années se sont écoulées depuis la torture. Il n'y a pas de quoi être surpris vu la nature extrême de la torture. Quoi qu'il en soit, et même si presque toutes les victimes de torture considéreront que leur audience aura été stressante et qu'elles éprouveront presque toutes de la difficulté à témoigner, il faut savoir qu'**il n'existe aucun comportement « typique » des victimes de torture en salle d'audience :**

[Traduction]

Bien que les conséquences puissent l'être, il n'existe (et ne peut exister) aucun profil « typique » du survivant de la torture. Il faut tenir compte d'un trop grand nombre de facteurs modificateurs et de facteurs divers pour pouvoir établir un profil viable. La culture, le système de croyances, l'âge, le sexe, le soutien social et familial (ou l'absence d'un tel soutien) et les traits de personnalité individuelle influencent chacun le processus de guérison.<sup>13</sup>

Il importe donc que les commissaires et les APR n'aient aucune attente quant à la façon dont la victime de torture *devrait* se comporter à l'audience.

Ci-après paraît l'exposé des principales façons dont l'expérience de la torture peut se répercuter sur la capacité du demandeur d'asile à témoigner.

---

<sup>13</sup> Joan Simalchik, *supra*, note 1.

### ***Absence de signes manifestes***

Même si on ne peut savoir qu'un demandeur d'asile éprouve à l'instant même des difficultés, les séquelles de la torture peuvent quand même avoir une incidence sur la capacité de ce dernier à témoigner à l'audience. Dans la plupart des cas, on ne constatera aucun signe évident des difficultés du demandeur. En effet, ce dernier n'exprime que rarement qu'il est en proie à un flash-back, et on ne pourra le déceler. Il est en outre peu probable que le demandeur signale, par exemple, qu'il essaie d'éviter de répondre aux questions concernant la torture subie. Toutes ces difficultés ne sont habituellement pas extériorisées, d'où l'importance que les commissaires et les APR :

- soient conscients des divers effets que peut avoir la torture sur la capacité du demandeur à témoigner;
- prennent les mesures voulues pour minimiser l'incidence;
- s'abstiennent de tirer des conclusions hâtives quant à la crédibilité.

### ***Principales caractéristiques***

#### **LES QUATRE PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU COMPORTEMENT DE LA VICTIME DE TORTURE EN SALLE D'AUDIENCE**

***DÉNI/ÉVITEMENT*** : La victime peut adopter des mécanismes de défense, notamment l'évitement, pour ne pas discuter de certains événements.

***DIFFICULTÉ*** : La victime peut avoir de la difficulté à se souvenir d'événements (ou des détails de tels événements) et/ou à se concentrer sur l'audience et sur les questions qui lui sont posées.

***CRAINTE/MÉFIANCE*** : La victime peut nourrir une intense crainte ou méfiance à l'égard des personnes en autorité et des situations lui rappelant les circonstances de sa torture.

***IMPRÉVISIBILITÉ*** : La victime peut réagir de façon imprévisible sur le plan émotif.

## ***Déni/évitement***

Il existe plusieurs facteurs susceptibles de dissuader le demandeur de faire état des sévices et autres expériences traumatiques similaires subis. Le demandeur d'asile qui a vécu une expérience traumatique majeure peut être réticent à revivre ses émotions en relatant les événements qui l'ont traumatisé. L'interrogatoire à l'audience peut ramener à la surface des émotions profondes et aggraver les symptômes liés au traumatisme. Nier la torture ou éviter d'en discuter – de façon consciente ou non – est un mécanisme de défense courant chez les victimes de torture. Certaines victimes évitent en outre de discuter de certains événements de peur qu'on ne les croie pas. Certains sévices sont en effet si horribles qu'ils dépassent pratiquement l'entendement. D'autres victimes peuvent se sentir humiliées de relater leur expérience, surtout par l'intermédiaire d'un interprète et devant des étrangers dont le bagage culturel et social diffère souvent du leur. D'autres encore estiment que parler de leur expérience déshonorerait leur famille et leur communauté.

## ***Difficultés à témoigner***

Outre les facteurs de dissuasion au témoignage, il arrive fréquemment que les victimes de torture aient de la difficulté à relater les faits parce qu'elles ont peine à se souvenir, à se concentrer ou qu'elles sont stressées ou anxieuses. Durant leur témoignage, elles peuvent hésiter, paraître confuses, être vagues, marquer de longs silences ou fournir des explications en apparence incohérentes ou contradictoires. Il n'est pas rare que la victime de torture dérape et qu'elle ne puisse plus s'exprimer avec cohérence. Ces problèmes s'amplifient à mesure que l'anxiété croît. Les effets de la torture sur la mémoire sont exposés en détail plus loin.

## ***Crainte/méfiance***

Les victimes de torture peuvent être réticentes à témoigner parce qu'elles craignent le commissaire, l'APR ou l'interprète – qu'elles perçoivent comme étant des personnes en situation d'autorité – ou s'en méfient. La méfiance est un effet courant de la torture. C'est aussi une stratégie de survie : le demandeur a sans doute dû se méfier de quelqu'un pour pouvoir s'échapper.

De plus, l'environnement fermé de la salle d'audience et les longs interrogatoires sont de nature à évoquer chez les victimes de torture les circonstances entourant les sévices qu'elles ont subis et à les rendre craintives. Les victimes de torture peuvent en outre avoir peur de révéler des renseignements susceptibles de les exposer ou d'exposer leur famille à un risque. Elles craignent que les gens présents dans la salle d'audience utilisent à mauvais escient les renseignements qu'elles fournissent.

Cette crainte et cette méfiance peuvent se manifester de plusieurs façons : la victime peut exhiber des signes de détresse émotionnelle, éviter de regarder le commissaire et l'APR dans les yeux et éviter de répondre aux questions.

## ***Imprévisibilité***

Les victimes de torture peuvent se comporter de façon imprévisible sur le plan émotif. Elles peuvent perdre la maîtrise d'elles-mêmes, montrer des émotions inappropriées ou n'avoir aucune émotion. Certaines victimes se sentiront à l'aise de faire à la première personne un récit des faits chargé d'émotions. D'autres se montreront émotionnellement réservées, exhiberont une absence totale d'émotions ou feront leur récit des faits à la troisième personne. Certaines victimes pourront même sourire ou rire à des moments qui paraîtront incongrus.

Les commissaires et les APR doivent savoir que les questions qu'ils poseront peuvent déclencher une réaction émotive marquée ou, au contraire, entraîner l'absence de toute émotion. Il n'y a aucun moyen de savoir comment un individu donné réagira. Par ailleurs, les commissaires et APR doivent s'abstenir de présumer que le demandeur n'a pas été torturé lorsque ce dernier relate des événements traumatiques avec un détachement émotif complet.

# INTERROGER UNE VICTIME DE TORTURE

Comme la Commission se doit, pour s'acquitter de sa mission, de tenir des audiences et de rendre des décisions éclairées, il est très probable que les victimes de torture seront interrogées à l'audience et que leur crédibilité sera, si besoin est, mise à l'épreuve.

De toute évidence, il faut prendre garde, lorsqu'il s'agit de victimes de torture, de tirer des conclusions erronées quant à leur crédibilité.

Comment alors doit-on s'y prendre pour interroger une victime de torture?

L'interrogatoire doit être adapté spécialement (1) afin d'éviter dans la mesure du possible de retraumatiser la victime et (2) parce que les techniques d'interrogatoires habituelles appliquées à la victime de torture peuvent simplement s'avérer moins efficaces pour obtenir un témoignage complet et fiable.

La présente section expose l'approche à adopter par rapport à l'interrogatoire lorsqu'il y a allégations de torture. Puisque le récit de torture peut être vrai, le commissaire et l'APR devraient aborder toutes les demandes d'asile invoquant la torture de la même façon.

## ***Superfluité éventuelle des questions au sujet de la torture***

En règle générale, il n'est pas nécessaire de demander des détails sur les sévices subis à moins qu'il existe des doutes *importants* quant à la crédibilité. Dans la plupart des cas, le commissaire ou l'APR peut examiner la demande d'asile en posant des questions sur d'autres éléments de la demande d'asile ou en posant des questions *connexes* à la torture, et non *directes* sur la celle-ci. Quoiqu'il en soit, même si les questions ne portent pas directement sur la torture subie, il s'impose d'adapter les techniques d'interrogatoire pour tenir compte des difficultés que peuvent éprouver les victimes de torture à faire état d'autres éléments de leur demande d'asile. Comme en a fait foi la section précédente, les victimes de torture peuvent être réticentes à faire état d'événements non traumatiques et se sentir stressées et craintives dans la salle d'audience.

## ***Question d'équilibre***

Ce n'est pas parce qu'il peut être difficile d'interroger la victime de torture qu'il ne faut pas examiner la demande d'asile à fond. Comme dans tout autre genre de demandes d'asile, la demande d'asile invoquant la torture peut à juste titre soulever des doutes quant à la crédibilité. En outre, certains demandeurs peuvent faussement alléguer la torture, c'est pourquoi il faut être en mesure d'examiner la demande à fond. Cependant, on ne sait pas d'entrée de jeu si la demande est légitime ou non et, en présence d'un demandeur qui a de la difficulté à témoigner, on ne peut déterminer si la difficulté tient aux effets de la torture ou si elle résulte du mensonge. Il faut donc établir un juste équilibre : il faut examiner la demande et éviter dans la mesure du possible de retraumatiser le demandeur. Cette mise en équilibre fait partie intégrante du travail des commissaires et des APR.

## **Surmonter ses propres inhibitions**

S'il s'avère nécessaire d'interroger une victime de torture, le commissaire ou l'APR doit apprendre à surmonter ses inhibitions lorsqu'il pose à la victime des questions sur les sévices qu'elle a subis. Il peut s'avérer pénible d'entendre des histoires d'horreurs et de poser des questions pour en savoir plus. Les commissaires et les APR pourront se sentir mal à l'aise de demander des détails sur des sujets très intimes inhérents à la violence physique, psychologique et sexuelle. Il importe néanmoins de garder à l'esprit qu'une part légitime des fonctions de commissaire et d'APR consiste à poser de telles questions et que ces derniers, en tant que professionnels, doivent être capables de surmonter leurs inhibitions pour interroger avec efficacité les victimes de torture.

## **Approche fondamentale**

Pour commencer, il convient d'exposer l'observation qui suit formulée par un psychiatre qui travaille couramment auprès des victimes de torture :

[Traduction]

Il faut certes obtenir certains renseignements; toutefois, si l'on tente de les obtenir avec maladresse ou insensibilité, on finit en général par miner la confiance et obtenir moins d'information.<sup>14</sup>

L'adaptation des techniques d'interrogatoire en ce qui concerne les victimes de torture vise deux principaux objectifs : (1) obtenir plus de renseignements; et (2) réduire le risque de retraumatiser le demandeur.

Cinq conseils sont de mise :

1. Adopter une bonne attitude
2. Mettre le demandeur d'asile à l'aise
3. Expliquer pourquoi les questions aborderont la torture
4. Employer les méthodes proposées pour obtenir le témoignage
5. Faire face aux situations extrêmes avec efficacité

### **N° 1 – Adopter une bonne attitude**

- Adopter un ton, un langage et une attitude respectueux à l'égard du demandeur.
- Traiter le demandeur comme une « personne à part entière », et non comme une victime.
- Traiter le demandeur avec compassion.
- Se rappeler que chez les victimes de torture qu'il n'existe aucun comportement typique en salle d'audience.
- Se rappeler que les récits de torture peuvent susciter l'incrédulité et néanmoins être vrais.

---

<sup>14</sup> Donald Payne, « Relating to Survivors of Torture in Bureaucratic Settings: Developing Sensitivity in Office Procedures » ([www.ccv.org/office.html](http://www.ccv.org/office.html)).

- Se rappeler que les difficultés à témoigner ne dénotent pas forcément le mensonge. Il faut s'attendre à ce que les survivants de la torture aient des difficultés à témoigner.
- Se rappeler que le commissaire ou l'APR ne sont pas le thérapeute du demandeur. On peut reconnaître les souffrances et la détresse du demandeur tout en maintenant une distance professionnelle.

## N° 2 – Mettre le demandeur d'asile à l'aise

Il convient de se rappeler que les victimes de torture craignent probablement (et avec raison) les personnes en situation d'autorité. Pareille crainte risque de compromettre la communication de l'information. L'audience peut être une expérience extrêmement intimidante, particulièrement si le demandeur a été victime de torture. Il y a moyen de réduire le risque si l'on met le demandeur à l'aise. Voici comment s'y prendre.

### *Avant l'audience*

Si le commissaire ou l'APR sait d'avance que le demandeur peut être une victime de torture, il peut prendre des mesures pour s'assurer que l'environnement physique est aussi confortable, aussi peu empreint de formalisme et aussi peu intimidant que possible et pour atténuer d'autres obstacles possibles à la bonne communication. Voici plusieurs suggestions à cet effet :

- Éviter de faire attendre le demandeur. L'attente est de nature à susciter l'anxiété, car elle peut rappeler à la victime le sentiment des horreurs vécues. S'assurer que l'audience commence à l'heure.
- Tenir, dans les cas opportuns, l'audience à un endroit moins formel que la salle d'audience (ex. autour d'une table, dans la salle d'entrevue). Si l'audience a lieu dans une salle d'audience ordinaire, rendre l'environnement plus agréable en mettant, par exemple, une chaise confortable et beaucoup d'eau à la disposition du demandeur.
- S'assurer que l'interprète est au courant des allégations de torture et que le demandeur a le temps voulu pour apprendre à se sentir à l'aise avec lui.
- Si l'on demande à changer l'ordre des interrogatoires, s'assurer qu'il existe des « circonstances exceptionnelles » qui justifient que l'on s'écarte de la pratique voulant que l'APR pose d'abord ses questions<sup>15</sup>.
- Selon les faits allégués et les considérations d'ordre socioculturel, surtout dans les cas de sévices sexuels, il peut s'avérer judicieux de s'assurer que le commissaire, l'APR et l'interprète sont tous des hommes ou tous des femmes. S'informer auprès du conseil du demandeur à ce sujet.
- Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de s'assurer que l'interprète n'est pas du même groupe ethnique que le(s) tortionnaire(s).

<sup>15</sup> Directives concernant la préparation et la tenue des audiences à la Section de la protection des réfugiés données par le président de la CISR (2003).

- S'il y a d'autres demandeurs ou témoins qui comparaissent à l'audience, déterminer si la victime de torture est disposée à témoigner en leur présence et prendre les mesures qui s'imposent.
- Envisager la possibilité d'alléger le décorum en se présentant au demandeur avant que l'audience ne débute.
- Dans les cas où l'on soupçonne que le demandeur aura beaucoup de difficultés à témoigner dans la salle d'audience, tenir une conférence préparatoire pour discuter de la façon de procéder et des meilleurs moyens d'obtenir le témoignage.

### *Durant l'audience*

- Établir un bon rapport avec le demandeur dès le début de l'audience pour mousser la confiance de ce dernier.
- Ne jamais entamer l'audience en posant d'abord les questions au sujet de la torture; commencer d'abord par les questions moins « délicates ».
- S'il y a lieu, demander au demandeur s'il prend des médicaments qui pourraient influencer sur sa capacité de témoigner.
- Accorder son attention complète au demandeur durant l'interrogatoire et le regarder dans les yeux le plus naturellement possible.
- Rester conscient de la communication non verbale. Garder à l'esprit l'effet éventuel des gestes posés en se rappelant que la torture crée une situation de pouvoir et de contrôle et que les victimes de torture ont souvent dû, afin de rester en vie, développer un sens aigu pour décoder le non-verbal. Éviter, par exemple, de regarder fixement, de détourner le regard pendant l'interrogatoire, de poser de grands gestes vigoureux à l'emporte-pièce, de pointer du doigt, de pianoter, de serrer les poings, de s'affaler dans son fauteuil, de soupirer ou de lever les yeux au ciel : de tels gestes peuvent être interprétés comme une accusation, une intimidation ou un manque d'intérêt.
- Faire en sorte que le demandeur se sente maître des événements. La perte de contrôle est un élément crucial de la torture. Poser des questions ouvertes au début de l'interrogatoire peut aider le demandeur à sentir en contrôle de la situation.
- S'assurer que le demandeur comprend l'objectif et la nature de la procédure (surtout s'il n'est pas représenté).
- Souligner la confidentialité des procédures.
- Respecter le rythme de l'audience.
- Tenir compte de signaux donnés par le demandeur quant à ses états d'âme pour ajuster la stratégie de communication. Adopter le même ton et le même volume que le demandeur.
- Donner au demandeur amplement le temps de poser des questions tout au long de l'audience. Songer à lui demander : « Quelles sont vos questions? » plutôt que « Avez-vous des questions? »
- Informer le demandeur qu'il peut au besoin demander une pause, interrompre pour demander des précisions, demander qu'on lui répète la question ou demander d'interrompre l'audience s'il éprouve des difficultés.

- Ne pas craindre les émotions : si le demandeur commence à exprimer beaucoup d'émotions, faire preuve d'empathie plutôt que de se retrancher. Il est normal pour la victime d'exprimer de fortes émotions lorsqu'elle se remémore sa torture.
- Se monter compréhensif si le demandeur souhaite qu'une personne l'accompagne dans la salle d'audience pour lui offrir un soutien émotif et prendre les mesures voulues pour accommoder cette personne.

### **N° 3 – Expliquer pourquoi les questions aborderont la torture**

S'il est nécessaire d'obtenir des détails sur la torture, le demandeur se sentira plus à l'aise s'il comprend pourquoi on lui demande de parler des sévices qu'il a subis. Il faut donc entamer l'interrogatoire sur la torture en expliquant au demandeur pourquoi on lui posera les questions et en reconnaissant les difficultés que susciteront ces questions. Par exemple, le commissaire ou l'APR peut annoncer :

« Nous devons en savoir un peu plus sur ce qui vous est arrivé lorsque vous avez été interrogé. Nous ne nous attendons pas que vous vous rappeliez tous les détails, mais nous souhaitons que vous décriviez ce qui vous est arrivé. Nous savons qu'il vous sera difficile de témoigner, mais, pour rendre notre décision, nous devons bien comprendre ce qui vous est arrivé. »

Avant de se lancer dans l'interrogatoire, le commissaire ou l'APR donne au demandeur l'occasion d'exprimer ses réserves, ses craintes et ses objections. Il lui demande :

« Avez-vous des réserves à exprimer avant que je vous pose les questions? »

### **N° 4 – Employer les méthodes proposées pour obtenir le témoignage**

#### **Règle d'or**

Laisser le demandeur relater les faits dans ses propres mots et à son propre rythme.

#### *Commencer par une question ouverte*

Il importe de commencer par une question ouverte pour deux grandes raisons :

- (1) les questions ouvertes, contrairement aux questions fermées, aident la victime de torture à se sentir maître de la situation et facilitent ainsi son témoignage;
- (2) les questions ouvertes constituent le meilleur moyen d'évaluer la véracité des déclarations du demandeur. Il importe d'obtenir le récit des faits dans les propres

mots du demandeur, à son rythme et sans interruption, dans la mesure du possible<sup>16</sup>.

Les questions ouvertes appellent des réponses libres autres que « oui », « non » ou l'énoncé d'un fait simple. Elles commencent souvent par « que », « quoi », « comment » et « pourquoi ». Voici quelques exemples :

- « Que s'est-il passé lorsque vous avez été emmené à la salle d'interrogatoire? »
- « Comment avez-vous été traité en prison? »
- « Comment se déroulait une journée normale en prison? »

Selon la quantité d'information fournie en réponse aux premières questions ouvertes, le commissaire ou l'APR peut décider de poser une autre question ouverte telle que :

- « Que s'est-il passé ensuite? »
- « Pourriez-vous décrire la cellule/pièce/etc.? »
- « Pourriez-vous élaborer à ce sujet? »
- « Y a-t-il autre chose que vous voulez ajouter? »

Une fois que le demandeur a fourni l'information de base en réponse à ces questions ouvertes, le commissaire ou l'APR peut au besoin revenir sur le sujet et poser des questions fermées pour obtenir plus de détails ou clarifier certains points.

Une bonne technique à employer lorsqu'on interroge un demandeur sur les sévices qu'il a subis est la **technique d'interrogatoire orienté**, c'est-à-dire commencer par des questions ouvertes et poursuivre avec des questions fermées de façon à graduellement réduire la portée de l'enquête et à obtenir des renseignements plus pertinents.

Une connaissance approfondie des conditions dans le pays d'origine du demandeur d'asile vous aidera à formuler des questions pertinentes et précises, et à éviter de poser des questions inutiles ou susceptibles d'embrouiller le demandeur d'asile.

### *Mettre à crédibilité à l'épreuve*

Se reporter à la section intitulée « Fausses allégations de torture » pour obtenir des conseils sur l'interrogatoire lorsque la crédibilité est en jeu.

### *Maximiser la fiabilité du témoignage<sup>17</sup>*

- Laisser le demandeur relater les faits dans ses propres mots. Les questions ouvertes aident à cette fin.

---

<sup>16</sup> Voir l'analyse ci-après sur les fausses allégations de torture.

<sup>17</sup> Camille Giffard, *Comment dénoncer la torture* ([www.essex.ac.uk/torturehandbook/french.htm](http://www.essex.ac.uk/torturehandbook/french.htm))

- S'assurer au besoin que le demandeur comprend les questions et la procédure.
- Éviter les questions suggestives (ex. « Avez-vous été torturé? », demander plutôt « Que s'est-il passé pendant votre détention? »).
- Reformuler les questions pour tenter de résoudre les incohérences.

### *Techniques à éviter*

Les techniques d'interrogatoire suivantes sont à proscrire lorsque l'on interroge une victime de torture, à l'instar d'ailleurs de tous les demandeurs :

- poser les questions en succession rapide;
- presser le demandeur;
- adopter un style marqué par la confrontation;
- poser à nouveau les mêmes questions;
- poser des questions fermées en série;
- changer d'attitude, d'approche ou de comportement;
- parler ou gesticuler trop fort ou de façon agressive;
- interrompre;
- manifester son incrédulité;
- tenter de « coincer » le demandeur dans ses réponses.

### *Donner un minimum d'encouragement*

En donnant un « minimum d'encouragement » au demandeur, on peut gentiment le persuader de poursuivre et lui montrer que l'on suit son témoignage. On peut ainsi l'aider lorsqu'il éprouve des difficultés à livrer son témoignage ou lorsque l'on veut diriger l'orientation du témoignage. De tels encouragements prennent la forme d'incitations verbales (notamment : « et alors », « poursuivez » ou « umm humm ») ou de répétitions des mots clés tirés de la dernière réponse du demandeur. Par exemple :

Demandeur : Le gardien est venu dans ma cellule ce soir-là. J'avais peur ne serait-ce que de me retourner lorsque je l'ai entendu entrer...

APR : Poursuivez.

Demandeur : Je connaissais la suite. J'avais entendu les cris qui venaient de la cellule voisine une heure plus tôt et je savais que le gardien y avait interrogé le détenu...

APR: Et alors...

### *Composer avec les silences*

En règle générale, il ne faut pas interrompre les silences trop rapidement. Parfois, un silence intéressé marque l'expectative de l'interrogateur et incite le demandeur à parler plus librement. En rompant le silence trop rapidement, on peut priver le demandeur de l'occasion de répondre avec efficacité. Il ne faut pas présumer, si le demandeur fait une

pause, qu'il tente de gagner du temps pour inventer une réponse. Il est plus probable, surtout s'il s'agit d'une victime de torture, que cette dernière tente de maîtriser ses émotions ou de retrouver le fil de sa pensée. Les silences sont plus susceptibles de se produire après une question ouverte qu'après une question fermée. Il faut réprimer son envie de rompre le silence avec une seconde question plus ciblée. Cette seconde question pourrait fort bien recevoir une réponse rapide, mais le demandeur aura raté l'occasion de révéler l'importance qu'il attache aux pensées qui auraient fait surface en réponse à la première question.

### *Reconnaître la difficulté*

Une fois que le demandeur a fini de faire état des circonstances entourant sa torture, il est recommandé de reconnaître les difficultés qu'il a éprouvées pendant qu'il témoignait. Le commissaire ou l'APR peut, par exemple, dire :

« Je sais que témoigner vous a été pénible, mais vous avez bien fait de me le dire. Avez-vous autre chose à ajouter à ce sujet? »

### *Autres points*

- Il peut s'avérer impossible, dans certains cas, de terminer l'interrogatoire dans les délais habituels.
- La victime de torture peut, avant l'audience, n'avoir parlé ni à son conseil ni à qui ce soit de sa torture et des détails s'y rapportant. L'audience peut ainsi être la première occasion offerte à la victime de parler de son expérience, d'où le risque éventuellement élevé de retraumatisation.
- La victime de torture qui comparaît sans conseil devant la Commission présente des difficultés particulières et nécessitera une attention spéciale afin de minimiser le risque de retraumatisation.

## **N° 5 – Faire face aux situations extrêmes avec efficacité**

Si les techniques d'interrogation susmentionnées échouent et que le demandeur demeure fortement ébranlé ou réticent à témoigner ou qu'il éprouve toujours des difficultés à se souvenir ou à se concentrer, essayer les trucs suivants :

- Changer le centre d'intérêt de l'interrogatoire à un sujet non menaçant jusqu'à ce que le demandeur se ressaisisse.
- Si le demandeur exhibe un état dissociatif, lui parler doucement et le ramener à la réalité.
- Rassurer oralement le demandeur.
- Prendre une pause.
- Tenir une conférence au milieu de l'audience pour déterminer la ligne d'action à suivre. Il peut arriver dans certains cas qu'il faille ajourner l'audience, demander une évaluation médicale ou psychiatrique et, selon les résultats, envisager la

possibilité d'accepter une forme de preuve autre que le témoignage de vive voix, ex. une déclaration faite sous serment ou enregistrée sur bande magnétoscopique ou, si le demandeur « n'est pas [...] en mesure de comprendre la nature de la procédure »<sup>18</sup> de lui désigner un représentant. Avant de décider de prendre des mesures spéciales, tenir compte des coûts qui en découlent.

- Se rappeler qu'en général même les demandeurs fortement ébranlés préfèrent habituellement poursuivre l'audience plutôt que de l'ajourner.
- Déterminer s'il y a assez de preuve pour rendre la décision et éviter ainsi d'avoir à poursuivre l'interrogatoire du demandeur.

## ***Traumatisme, mémoire et fausses allégations***

Les hypothèses et les croyances au sujet de la mémoire peuvent jouer un rôle marquant dans l'évaluation de la crédibilité des soi-disant victimes de torture. Il est clair que certaines demandes d'asile sont à juste titre rejetées du fait que les demandeurs ne peuvent fournir assez de détails sur les circonstances entourant leur torture, ou qu'ils ont omis des détails importants dans des déclarations antérieures, mais il demeure que des demandes d'asile authentiques peuvent être rejetées parce que les décideurs tirent des troubles de mémoire des demandeurs des conclusions erronées. À quoi peut-on s'attendre, donc, pour ce qui est de la capacité des victimes de torture à se souvenir? La présente section donne un bref aperçu des mécanismes de la mémoire, des effets du traumatisme sur la mémoire et expose des moyens pour distinguer les vrais souvenirs des souvenirs fabriqués.

### ***Principales caractéristiques de la mémoire ordinaire***

Selon Schactel (1947) :

[Traduction]

La mémoire, en tant que fonction de la personnalité vivante, représente la faculté d'organiser et de reconstruire les expériences et impressions passées au service des besoins, des craintes et des intérêts du moment.

On dit que la mémoire explicite<sup>19</sup> est une [traduction] « faculté créatrice active »<sup>20</sup>. La mémoire ne retient pas la copie exacte d'un événement, mais bien l'*interprétation* de cet événement. Elle recèle donc des souvenirs d'événements réels que l'esprit peut se

---

<sup>18</sup> Paragraphe 167(2) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*.

<sup>19</sup> La mémoire explicite contient les souvenirs verbalisables. La mémoire implicite se compose de souvenirs inconscients et passifs.

<sup>20</sup> Bessel A. Van der Kolk et Rita Fisper, « Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic memories: Overview and Exploratory Study » (1995), Trauma Information Pages ([www.trauma-pages.com/vanderk2.htm](http://www.trauma-pages.com/vanderk2.htm)).

remémorer plus ou moins fidèlement auxquels se greffent les intuitions et les déductions faites en rapport avec ceux-ci<sup>21</sup>. Elle peut par ailleurs être faussée par l'information acquise après coup ainsi que les états d'âme et le contexte au moment de la remémoration.

Selon ce modèle de la mémoire, il existe trois étapes d'acquisition, savoir (1) l'encodage, (2) la rétention et (3) la récupération, et [traduction] « l'intégrité des souvenirs peut être compromise à chacune de ces étapes »<sup>22</sup>. Par exemple, une personne peut ne pas pouvoir porter attention à tout ce qui se passe ou encoder toute l'information et en oublier une certaine partie au fil du temps, ou encore encoder et retenir l'information et ne pas pouvoir la récupérer par la suite.

Il existe quatre situations qui ont tendance à compromettre l'exactitude de la mémoire<sup>23</sup> :

- piètres conditions ambiantes au moment de l'événement (ex. faible lumière);
- l'état sous-optimal de l'observateur au moment de l'événement (ex. stress élevé, violence perçue ou infligée directement, distraction);
- les problèmes de distorsion mnésique à l'intervalle de rétention (ex. long intervalle, information inexacte acquise après coup);
- les erreurs qui se glissent au moment de la récupération (ex. questions suggestives).

De toute évidence, il faut garder à l'esprit les circonstances susceptibles de donner lieu à la distorsion de la mémoire lorsque l'on interroge une soi-disant victime de torture et que l'on évalue l'exactitude de son souvenir. Il convient donc de poser des questions qui révéleront des indices sur les circonstances susmentionnées afin de broser un tableau complet.

Il existe d'autres caractéristiques importantes de la mémoire ordinaire dont il faut tenir compte lorsque l'on interroge une personne relativement à d'éventuels troubles de la mémoire et que l'on évalue les résultats. Ces caractéristiques sont les suivantes<sup>24</sup> :

- au fil du temps, les souvenirs se détériorent et deviennent moins exacts (des détails se perdent) et moins précis et se fondent parfois à d'autres souvenirs similaires;
- si le souvenir a peu d'importance et de sens pour la personne, celle-ci aura plus de difficultés à se le remémorer;
- la mémoire des dates est « notoirement peu fiable »;

---

<sup>21</sup> Goodman et coll., (1999) cité par Mitchell K. Byrne dans « Trauma Reactions in the Offender » tiré de *l'International Journal of Forensic Psychology*, mai 2003, vol. 1, n° 1, pages 59 à 70.

<sup>22</sup> Mitchell K. Byrne, *supra*, note 21.

<sup>23</sup> Geoffrey R. Loftus, Déclaration dans l'affaire Javier Suarez Medina ([www.internationaljusticeproject.org/pdfs/jsmedinaLoftus.pdf](http://www.internationaljusticeproject.org/pdfs/jsmedinaLoftus.pdf)).

<sup>24</sup> Juliet Cohen, « Errors of Recall and Credibility: Can Omissions and Discrepancies in Successive Statement Reasonably be Said to Undermine Credibility of Testimony? » (2001) publié sur le site Web de la Medico-Legal Society ([www.medico-legalsociety.org.uk](http://www.medico-legalsociety.org.uk)).

- les gens se rappellent plus de détails des souvenirs autobiographiques au cours d'épisodes répétés de remémoration, et ce, même s'ils pensaient ne plus se souvenir d'autres détails (« hypermnésie » ou « réminiscence »);
- les souvenirs varient beaucoup chaque fois qu'on en fait le récit (les faits diffèrent, de nouveaux détails s'ajoutent);
- les souvenirs (surtout s'ils sont encore récents) sont en grande partie reconstitués à la remémoration plutôt que reproduits.

Manifestement, il y a une variabilité importante dans les souvenirs autobiographiques, et des erreurs peuvent même se glisser dans l'encodage, la rétention et la récupération des souvenirs ordinaires non traumatiques, lesquels varient souvent chaque fois qu'on en fait le récit.

### **Traumatisme et mémoire**

Si les souvenirs ordinaires non traumatiques sont si peu fiables, il est évident que les souvenirs rattachés à un traumatisme sont d'autant plus susceptibles d'être faussés à l'encodage, à la rétention et à la récupération.

[Traduction]

On ne saurait être surpris, la fiabilité de la mémoire laissant déjà à désirer, que le traumatisme puisse se répercuter sur l'intégralité et l'exactitude des souvenirs qui s'y rapportent.<sup>25</sup>

La mémoire est [traduction] « particulièrement susceptible de défaillir s'il s'agit d'un souvenir rattaché à des événements provoquant de vive émotions, surtout les « processus attentionnel et perceptif ». »<sup>26</sup> Par exemple, en état d'alerte, on note une diminution marquée de la conscience, qui se concentre sur les détails perceptifs *essentiels*, au détriment des détails circonstanciels<sup>27</sup>. Certains renseignements ne seront jamais codés ou, s'ils le sont, ne seront pas retenus.

Les souvenirs traumatiques semblent être *qualitativement* différents des souvenirs d'événements ordinaires : les éléments émotionnels et perceptifs ont tendance à l'emporter sur les éléments déclaratifs (explicites). Van der Kolk et Fisler<sup>28</sup> soutiennent que les souvenirs traumatiques sont par leur nature même *dissociés*<sup>29</sup> et retenus initialement comme des fragments sensoriels sans composante sémantique cohérente. Ils se composent d'images, de sensations, d'états affectifs et comportementaux; ne s'altèrent pas avec le temps; dépendent des états; et ne peuvent être évoqués de plein gré.

<sup>25</sup> Mitchell K. Byrne, *supra*, note 21.

<sup>26</sup> *Ibid.*

<sup>27</sup> Christianson et Loftus (1991), cités par Mitchell K. Byrne, *supra*, note 21.

<sup>28</sup> Bessel A. Van der Kolk et Rita Fisler, *supra*, note 20.

<sup>29</sup> Rupture dans les fonctions habituellement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement (définition tirée du DSM-IV).

L'on reconnaît que le traumatisme peut engendrer [traduction] « tantôt la rétention extrême, tantôt l'oubli extrême »<sup>30</sup> : l'événement traumatique peut être évoqué avec une vivacité extrême, résister tout à fait à l'intégration, ou les deux à la fois.

Ainsi, la perte de mémoire, ou amnésie, peut occulter tout ou partie de l'événement traumatique. Les études font largement état de telles pertes de mémoire temporaires, soient-elles totales ou partielles, chez les victimes de traumatisme<sup>31</sup>. L'amnésie peut durer des heures, des semaines, voire des années, jusqu'à ce que l'exposition à des stimulus sensoriels et affectifs correspondant aux éléments sensoriels et affectifs rattachés au traumatisme déclenche la remémoration. Ce n'est qu'à ce moment que la victime du traumatisme peut relater l'événement. Toutefois, dans certains cas, les problèmes de mémoire peuvent persister en raison de troubles reliés à la dissociation. Par exemple, certaines victimes de traumatisme peuvent n'avoir accès qu'aux souvenirs implicites de l'événement et, pour cette raison, ne sont pas capables de verbaliser l'événement<sup>32</sup>.

À l'autre extrémité du spectre des problèmes de mémoire se trouve la reviviscence du traumatisme. D'aucuns croient que la remémoration initiale de l'événement traumatique se fait par des souvenirs récurrents, ou flash-back. Même dans les cas où la victime a pu relater les faits, il arrive qu'elle ait toujours des souvenirs récurrents. Les souvenirs récurrents sont l'une des caractéristiques principales du SSPT.

Le SSPT est le trouble le plus souvent constaté chez les victimes de torture à la Commission, mais force est de constater qu'il existe d'autres facteurs qui peuvent avoir un effet nuisible sur le fonctionnement de la mémoire, notamment les troubles du sommeil, l'anxiété, la dépression, la douleur chronique, la malnutrition ou la perte de poids marquée<sup>33</sup>. Ainsi, même si la victime n'a pas de rapport médical diagnostiquant la maladie, il faut garder à l'esprit les autres raisons susceptibles d'altérer la fonction mnésique.

### *Récapitulation*

Étant donné la nature variable de la mémoire et l'incidence du traumatisme sur le traitement des souvenirs, il n'y a pas forcément lieu, lorsque la crédibilité est en doute, de conclure sur la foi d'un récit des faits truffé d'incohérences et d'omissions que ce dernier n'est pas une reconstruction authentique d'un souvenir autobiographique<sup>34</sup>.

---

<sup>30</sup> Bessel A. Van der Kolk et Rita Fisler, *supra*, note 20.

<sup>31</sup> *Ibid.*

<sup>32</sup> *Ibid.*

<sup>33</sup> Juliet Cohen, *supra*, note 24.

<sup>34</sup> *Ibid.*

## ***Fausse allégation de torture***

Quelles est donc la meilleure approche à adopter lorsque l'on soupçonne le demandeur d'alléguer faussement la torture? La présente section souligne l'importance d'obtenir la « version authentique » des faits allégués, les moyens de distinguer les vrais souvenirs des souvenirs fabriqués ainsi que diverses techniques d'interrogatoire permettant de mettre au jour les éléments de preuve nécessaires à l'évaluation.

### *Obtenir la version authentique*

On estime que le meilleur moyen de déterminer la véracité des allégations consiste à obtenir du demandeur la version authentique et à l'examiner<sup>35</sup>. On entend par « version authentique » le récit des événements allégués fait par le demandeur dans ses propres mots et sans interruption. On peut alors avec beaucoup plus de certitude tirer des conclusions quant à la véracité du récit du demandeur. Pourquoi en est-il ainsi? La version authentique permet au demandeur véritable de montrer la crédibilité de son récit, c'est-à-dire de donner à l'interrogateur une impression pour ce qui est de sa crédibilité. Si l'on accorde au demandeur d'asile la liberté voulue pour faire lui-même état des faits, l'impression générale de la version authentique ressort plus clairement. De même, la version authentique, plus que toute autre technique de production de la preuve testimoniale, est susceptible de mettre au jour les fausses allégations, s'il en est, parce qu'elle permet de déterminer si les faits sont relatés à partir de vrais souvenirs ou non. Si le récit est fabriqué, le demandeur aura mémorisé les détails et se les remémorera simplement en réponse aux questions. La version authentique, si elle est vraie, fait appel aux sens et se distingue par les caractéristiques propres aux vrais souvenirs.

### *Vrais souvenirs et souvenirs fabriqués*

On constate que les vrais souvenirs recèlent en général<sup>36</sup>:

- davantage de détails sensoriels (ex. couleurs, tailles, formes et sons);
- davantage de détails géographiques;
- davantage de marques du processus cognitif et autres processus internes (ex. réflexions, émotions, réactions);
- moins de marques verbales d'évitement (ex. je pense, je crois, je ne suis pas sûr).

Il ressort en outre de la recherche que les vrais souvenirs sont souvent décrits avec spontanéité<sup>37</sup>. À l'inverse, les souvenirs fabriqués ou suggérés se caractérisent en général par une rigidité et une chronologie excessivement stricte. Par ailleurs, s'il s'agit de

---

<sup>35</sup> Adaptation d'une présentation de la détective Wendy Leaver, Service de police de Toronto, données à la CISR.

<sup>36</sup> Gudjonnsen (1992) et Schooler, Gerhard et Loftus (1986) cité dans par Juliet Cohen, *supra*, note 24 (à noter que cette liste s'inspire de comparaisons établies entre des souvenirs réels et des souvenirs suggérés).

<sup>37</sup> John C. Yuille, « Fact Finding and the Judiciary » (1996).

souvenirs fabriqués, les récits consécutifs du même événement peuvent être très semblables et être ainsi dénués de toute marque de réminiscence (amélioration quantitative de la remémoration au cours de rappels successifs), alors que ce ne serait pas le cas s'il s'était agi de vrais souvenirs.

### *Interrogatoire*

Le principe de base consiste à s'assurer que le demandeur a l'occasion pleine et entière de faire état des faits dans ses propres mots de sorte qu'on puisse déterminer si le souvenir semble « vrai ». Les questions posées doivent donc viser à faire ressortir les caractéristiques susmentionnées des vrais souvenirs.

Les personnes qui ont réellement été victimes de torture ont [traduction] « un souvenir personnel unique de l'événement »<sup>38</sup> et, en relatant leur expérience, décrivent habituellement cet événement en faisant allusion à au moins un des cinq sens (vue, ouïe, toucher, odorat et goût) et en dénotant certaines autres des caractéristiques susmentionnées. Par exemple, le demandeur peut dire : « Je me trouvais dans une pièce très sombre et très humide où flottait une odeur de moisi... Cette pièce était beaucoup plus petite que la première pièce où on m'avait emmené... J'avais de la difficulté à respirer et je pouvais m'entendre haleter ».

Poser des questions ouvertes aux soi-disant victimes de torture est la meilleure stratégie pour obtenir la preuve et l'analyser pour en déceler les caractéristiques des vrais souvenirs. Il serait en effet très difficile de constater pareilles caractéristiques si le demandeur répondait simplement à une série de questions fermées.

Il faut entamer l'interrogatoire sur la torture avec une ou deux questions ouvertes très générales, par exemple :

- « Pourriez-vous me dire ce qu'il vous est arrivé? »
- « Que s'est-il passé ensuite? »

Puis, si le récit n'aide pas à dissiper les doutes quant à crédibilité, on peut continuer l'interrogatoire en posant d'autres questions ouvertes qui inciteront le demandeur à faire appel aux cinq sens dans ses réponses, par exemple :

- « Veuillez décrire la pièce où vous étiez. »
- « Que vous souvenez-vous d'avoir entendu? »
- « Comment vous êtes-vous alors senti? »
- « Comment avez-vous réagi? »
- « Selon votre souvenir, à quoi pensiez-vous? »

---

<sup>38</sup> Détective Leaver, *supra*, note 35.

Il convient de garder à l'esprit qu'interroger une soi-disant victime de torture est un exercice de funambule : il faut de fait examiner à fond la demande sans toutefois traumatiser la victime véritable.

Une autre technique qui peut être employée, dans les cas où le risque de retraumatisation semble faible (ex. lorsque le demandeur s'est montré jusqu'alors relativement à l'aise pour parler des sévices qu'il a subis), consiste à demander au demandeur d'imaginer qu'il est maintenant présent sur les lieux de torture et de décrire les lieux et la scène comme s'il les voyait de ses propres yeux en s'exprimant au présent pour faire cette description. Ce genre de description est propre à receler les caractéristiques des vrais souvenirs.

Par ailleurs, certains « indices visuels » ont tendance à confirmer la véracité des allégations de torture, par exemple les changements d'expression, les gestes, les signes non verbaux dénotant les émotions et l'adoption de la position lors de la torture peuvent ajouter à la crédibilité des allégations du demandeur<sup>39</sup>. Quoiqu'il en soit, il est déconseillé au commissaire de tirer du comportement du demandeur des conclusions *défavorables* quant à la crédibilité.

Au fil du témoignage, il peut s'avérer nécessaire de sonder certaines incohérences ou omissions. Le cas échéant, il faut se garder de poser des questions trop compliquées qui pourraient dérouter le demandeur. En outre, il convient de donner à ce dernier amplement l'occasion de s'expliquer. Enfin, il faut éviter de s'attarder aux doutes, pour ce qui est de la crédibilité, engendrés par les détails circonstanciels de l'événement traumatique parce que ceux-ci peuvent simplement ne pas avoir été encodés correctement dans la mémoire du demandeur. En général, on ne peut s'attendre à plus grande exactitude et à une plus grande cohérence de remémoration de la part des victimes de torture.

Le conseil suivant que l'on donne aux médecins chargés d'évaluer les cas de torture s'applique également au commissaire et à l'APR :

[Traduction]

Le clinicien doit dans la mesure du possible demander des précisions [lorsqu'il y a incohérence]. S'il n'est pas possible de le faire, il doit alors chercher d'autres preuves qui étayent ou qui réfutent le récit des faits. Une série cohérente de détails complémentaires peut corroborer et préciser les faits allégués par la victime. *Bien que celle-ci puisse ne pas être en mesure de fournir au clinicien les détails recherchés, notamment les dates, l'heure, la fréquence et l'identité exacte des tortionnaires, des thèmes récurrents des événements traumatiques et de la torture émergeront et résisteront à la longue.*<sup>40</sup> [italiques ajoutés.]

---

<sup>39</sup> Juliet Cohen, *supra*, note 24.

<sup>40</sup> Physicians for Human Rights, *Examining Asylum Seekers: A Health Professional's Guide to Medical and Psychological Evaluations of Torture* (2001), page 31.

Les fausses allégations peuvent varier du récit simplement déformé d'un événement réel à l'invention pure et simple d'un événement. Dans certains cas, le demandeur peut inventer certains aspects de son récit et néanmoins satisfaire aux critères d'octroi de l'asile.

# RAPPORTS MÉDICAUX/PSYCHIATRIQUES

Les rapports médicaux et psychiatriques peuvent avoir une incidence sur les audiences, et ce, de plusieurs façons. Ils peuvent, entre autres choses :

- corroborer la preuve du demandeur au soutien de sa demande d'asile (évaluer le degré de cohérence entre le récit des sévices du demandeur et les observations faites durant l'examen);
- fournir une opinion d'expert sur les difficultés, le cas échéant, que peut avoir le demandeur à témoigner à l'audience ou à se souvenir de certains faits;
- limiter ou éliminer la nécessité d'interroger le demandeur sur les sévices subis.

La tâche du commissaire et de l'APR serait grandement allégée si toutes les victimes de torture produisaient un rapport médical/psychiatrique corroborant préparé par un médecin ou un psychiatre spécialisé dans le travail auprès de telles victimes, reconnu comme expert par la Commission et familiarisé avec le fonctionnement de cette dernière. Idéalement, toutes les demandes authentiques seraient ainsi « certifiées au préalable » par de tels experts. En réalité, toutefois, il arrive souvent que le demandeur ne produise aucun rapport ou qu'il produise un rapport qui n'a aucun poids ou qui n'est pas précisément utile. De fait, les rapports varient en qualité et en fiabilité. Les rapports susceptibles de ne recevoir que peu de poids, par exemple, sont ceux préparés à la hâte ou à la suite d'un examen incomplet du demandeur, ceux qui ne renferment pas assez de détails sur la capacité du demandeur à témoigner, ceux rédigés par une personne qui n'a reçu aucune formation particulière sur les demandeurs d'asile victimes de torture.

Aux victimes véritables qui présentent des rapports déficients s'ajoutent les demandeurs qui allèguent faussement avoir été victimes de torture qui réussissent parfois à obtenir un rapport médical ou psychiatrique. Les cas de « simulation » sont traités séparément plus loin.

Le rapport médical/psychiatrique n'a pas pour but de prouver ou de réfuter les allégations de torture du demandeur ou, autrement dit, de tirer des conclusions quant à l'occurrence ou la non-occurrence des sévices allégués. Le rapport représente plutôt l'opinion d'expert du professionnel de la santé quant au *degré* de corrélation entre ses observations et les allégations de torture du demandeur. Une telle preuve médicale peut montrer que les blessures ou les comportements exhibés peuvent avoir été causés par les sévices allégués. On ne saurait raisonnablement demander aux médecins experts de tirer des conclusions définitives étant donné<sup>41</sup> :

- peu de formes de torture laissent des traces et encore moins des marques physiques à long terme;
- les blessures ou marques relevées peuvent être dues à des causes autres.

---

<sup>41</sup> Camille Giffard, *supra*, note 17.

En dernière analyse, il appartient au commissaire de trancher les questions soulevées sur la foi de l'ensemble de la preuve dont il dispose, dont le rapport médical/psychiatrique ne constitue qu'un élément.

À noter que la présente section ne donne qu'un bref aperçu des questions touchant les rapports d'expert. Pour plus d'information, consulter *Principes de droit applicables au témoin expert* (voir l'annexe) et le chapitre 6 (section 6.7) du document des Services juridiques intitulé *L'appréciation de la preuve* (1999).

## ***Teneur du rapport médical/psychiatrique***

La structure et la teneur du rapport médical peuvent varier d'un cas à l'autre. Voici néanmoins la liste des principaux éléments<sup>42</sup> :

- **informations générales** (nom du sujet, date de naissance, sexe, date et durée de l'examen, recours à un interprète ou non, personne(s) accompagnant le sujet);
- **qualification professionnelle** (études, formation, expérience auprès des victimes de torture et dans la préparation de rapports);
- **profil du sujet** (âge, occupation, études, antécédents familiaux, médicaux et psychosociaux);
- **allégations de torture et autres mauvais traitements** (résumé des allégations du demandeur);
- **examen physique;**
- **évaluation/profil psychologique;**
- **photographies;**
- **résultats des tests diagnostiques;**
- **interprétation des observations;**
- **conclusions et recommandations** (opinion sur le degré de cohérence de tous les éléments de preuve mentionnés plus haut avec les sévices allégués; rappel des symptômes et infirmités qui continuent d'affecter le sujet par suite des sévices allégués; recommandation d'examens complémentaires et de traitements jugés nécessaires);
- **signature;**
- **annexes pertinentes** (curriculum vitae, schémas anatomiques, résultats des tests, etc.).

**Nota** : Il est préférable que le professionnel de la médecine ne répète pas dans son rapport des passages du FRP ou autres renseignements fournis par le demandeur à l'examen comme s'ils étaient véridiques. Il doit s'abstenir de mentionner les propos du

---

<sup>42</sup> Cette section s'inspire du chapitre 6 de *Examining Asylum Seekers*, *supra*, note 40.

demandeur à moins que ce ne soit nécessaire pour expliquer une observation donnée et, si tel est le cas, préciser que c'est le demandeur qui « a déclaré que » ou « a signalé que » X s'est produit.

## ***Évaluation du rapport médical/psychiatrique***

Voici une brève liste de questions à prendre en considération lorsqu'il s'agit de déterminer le poids à accorder au rapport médical/psychiatrique :

- Le rapport est-il récent? Sinon, peut-on en obtenir un nouveau?
- Quelles sont les compétences et la formation/l'expérience spéciale du praticien? La teneur du rapport coïncide-t-elle avec le domaine d'expertise du praticien?
- Le praticien a-t-il rencontré le demandeur personnellement ou s'en est-il tenu aux dossiers médicaux? S'il a rencontré le demandeur, combien de temps l'entrevue a-t-elle duré? S'est-elle déroulée en une seule séance ou échelonnée sur plusieurs rendez-vous?
- A-t-on envisagé la simulation? Dans l'affirmative, quelles sont les mesures qui ont été prises pour éliminer cette possibilité?
- Le praticien a-t-il envisagé et éliminé la possibilité de diagnostics différentiels? Y a-t-il des preuves à l'appui (ex. radiographies, tests psychométriques)? Les tests administrés, le cas échéant, tenaient-ils compte des différences culturelles?
- Le libellé du rapport est-il définitif? Le praticien a-t-il examiné le demandeur?
- A-t-on tenu compte des autres événements traumatiques survenus dans la vie du demandeur?
- Le demandeur est-il client d'un organisme reconnu pour victimes de torture?
- Le demandeur a-t-il donné suite au diagnostic/traitement recommandé?
- La preuve coïncide-t-elle avec l'âge, la culture, le sexe, etc. du demandeur?
- Y a-t-il des facteurs transculturels ou des facteurs liés au sexe susceptibles de se répercuter sur la fiabilité de l'examen?

Il importe de distinguer entre médecine thérapeutique (guérir un patient) et médecine légale. La médecine légale est un domaine spécialisé qui a pour but d'observer les blessures et d'en déterminer la cause.<sup>43</sup> Pour des raisons évidentes, il est préférable que ce soit un professionnel de la médecine ayant reçu une formation spéciale en médecine légale qui fasse l'examen du demandeur.

Il y a lieu de tenir compte des principes juridiques qui suivent dans l'appréciation de la preuve d'expert<sup>44</sup> :

---

<sup>43</sup> Camille Giffard, *supra*, note 17.

<sup>44</sup> La présente section est une adaptation du document des Services juridiques intitulé *Principes de droit applicables au témoin expert* (voir l'annexe) et du chapitre 6 (section 6.7) du document des Services juridiques intitulé *L'appréciation de la preuve* (1999).

- le commissaire n’est pas tenu d’accepter ou d’accorder plein poids au rapport ou au témoignage d’expert. Pareille preuve doit être évaluée au même titre que les autres éléments de preuve;
- si l’expertise du témoin n’est pas en jeu, le commissaire doit toutefois expliquer avec de solides arguments les raisons pour lesquelles il rejette la preuve d’expert, surtout si celle-ci corrobore les allégations du demandeur;
- plus l’expertise est grande, plus la preuve aura du poids, à moins qu’il existe des raisons d’en être autrement;
- l’opinion d’expert ne fait pas foi des renseignements sur lesquels le rapport se fonde. S’il conclut que les faits sur lesquels le rapport se fonde ne sont pas crédibles, le commissaire peut n’accorder aucun poids au rapport;
- le commissaire doit tenir compte du rapport d’expert et, si ce dernier est pertinent, exposer dans ses motifs les raisons pour lesquelles il le rejette. S’il ne renvoie pas au rapport médical/psychiatrique dans ses motifs, le commissaire commet une erreur.

## ***Interroger un témoin expert***

S’il est décidé d’appeler le praticien qui a préparé le rapport à témoigner à titre d’expert, plusieurs facteurs doivent alors être pris en considération<sup>45</sup>.

Ce qui distingue des autres témoins le témoin expert est que ce dernier est autorisé à exprimer une *opinion* sur la preuve : un expert est [traduction] « témoin possédant des compétences et des connaissances particulières, acquises par l’expérience ou par l’étude, qui l’autorisent à donner un témoignage d’opinion relativement à son champ de compétence. »<sup>46</sup>. Dans les tribunaux judiciaires, il faut d’abord établir que le témoin a une expertise spécialisée ou particulière en la matière avant qu’il soit autorisé à témoigner. Une telle expertise peut être acquise par formation ou expérience. À la SPR, il n’est pas nécessaire d’établir formellement l’expertise du témoin expert, mais il demeure judicieux de demander à ce dernier, au début de l’interrogatoire, d’énoncer ses compétences. Celles-ci sont pertinentes pour ce qui est du poids à accorder à la preuve qu’il produit. Évidemment, la pertinence du témoin expert dépend du sujet précis sur lequel il se prononce.

*L’interrogatoire efficace d’un témoin expert passe par une bonne préparation.*

<sup>45</sup> Pour plus d’information sur la marche à suivre pour appeler un expert à témoigner, consulter le document des Services juridiques intitulé *Principes de droit applicables au témoin expert* (voir l’annexe).

<sup>46</sup> Stobo, G., « Expert Evidence », Services juridiques (1989), page 3, cité dans *Principes de droit applicables au témoin expert* (voir l’annexe).

D'entrée de jeu, les questions exposées sous la rubrique « Évaluation du rapport médical/psychiatrique » peuvent s'avérer utiles pour interroger un témoin expert en salle d'audience. Les questions hypothétiques s'avèrent également efficaces à cette fin. Par exemple, on peut demander à l'expert si son opinion changerait advenant que le fait « X » se serait produit ou serait survenu différemment. De cette façon, l'interrogateur peut déterminer la portée précise de l'opinion de l'expert et son applicabilité en l'espèce. Il ne faut jamais mettre en doute les compétences et les connaissances spécialisées de l'expert durant l'interrogatoire (les doutes à ce sujet auraient dû avoir été exprimés au début de l'interrogatoire, lorsque l'expert énonce ses compétences). On peut par contre interroger le témoin expert sur les méthodes employées pour établir son diagnostic, le degré de certitude du diagnostic et les symptômes précis du SSPT sur la capacité du demandeur à témoigner.

## ***Simulation et syndrome du stress post-traumatique***

La présente section porte sur les cas où le demandeur peut avoir obtenu par des manœuvres frauduleuses un rapport psychiatrique corroborant ses allégations de torture. Les commissaires et les APR auront avantage à bien comprendre l'approche adoptée par les psychiatres en ce qui concerne la simulation afin de détecter la simulation, d'analyser le rapport produit au nom du demandeur et d'interroger l'auteur de ce rapport.

Selon le DSM-IV-TR, la simulation se définit comme suit :

[Traduction]

Démonstration délibérée de symptômes physiques ou psychologiques simulés ou très exagérés motivée par des facteurs externes tels que la volonté de ne pas faire son service militaire, de ne pas travailler, de toucher une indemnité financière, de se soustraire à des poursuites pénales ou d'obtenir des médicaments. (American Psychiatric Association, 2000)

On peut à juste titre garder la simulation à l'esprit, dans le processus d'octroi de l'asile, parce que des facteurs externes entrent en jeu, savoir un diagnostic établi par un professionnel susceptible de corroborer les allégations de torture et de contribuer à une décision favorable. Il faut néanmoins savoir que la simulation est difficile à détecter et à prouver. Les psychiatres sont en effet désavantagés par rapport aux autres spécialistes de la médecine devant le simulateur du fait qu'ils dépendent davantage de la déclaration exacte par le patient lui-même de son état mental interne<sup>47</sup>. À défaut de constater *de visu* le simulateur adopter une conduite contraire aux symptômes déclarés ou d'obtenir un aveu de sa part, il est très difficile de confirmer qu'une personne simule effectivement. Il existe néanmoins des méthodes destinées à aider les cliniciens à détecter et à investiguer la simulation. Ces méthodes aident à comprendre les rapports psychiatriques déposés en preuve, à les mettre à l'épreuve et à les évaluer.

---

<sup>47</sup> Michael R. Harris et Phillip J. Resnick, « Suspected Malingering: Guidelines for Clinicians » tiré de *Psychiatric Times*, décembre 2003, vol. XX, n° 13 ([www.psychiatrictimes.com/p031268.html](http://www.psychiatrictimes.com/p031268.html)).

Dans le présent guide, l'accent est mis sur la simulation du SSPT, mais les mêmes principes s'appliquent à la simulation d'autres troubles psychiatriques tels que la dépression et le trouble anxieux.

Selon la description expresse des critères diagnostiques du SSPT, le praticien doit envisager la possibilité de la simulation. De même, les Physicians for Human Rights mentionnent dans leur guide [traduction] « qu'il importe de reconnaître que certains allèguent faussement avoir été victimes de torture pour des raisons diverses et que d'autres exagèrent des incidents relativement mineurs pour mieux soutenir leur demande d'asile »<sup>48</sup>. Ils signalent en outre que le clinicien doit toujours avoir ces possibilités à l'esprit et tenter de déceler les raisons pouvant inciter à l'exagération ou à la fabrication.

Il semblerait en effet possible que des demandeurs obtiennent du médecin ou du psychiatre un faux diagnostic de SSPT ou d'autres troubles mentaux. Plusieurs raisons expliquent comment le simulateur peut arriver à bernier les professionnels de la médecine :

- le SSPT est considéré comme étant relativement facile à simuler puisqu'il se définit presque entièrement par des critères subjectifs et que la symptomatologie est facilement accessible<sup>49</sup>;
- la détection de ce trouble factice est très difficile. On dit d'ailleurs que [traduction] « la capacité du psychiatre à détecter le mensonge chez des étrangers relève du coup de chance » et que sa confiance en sa capacité de détecter la simulation n'a aucun lien avec sa capacité réelle<sup>50</sup>;
- les psychiatres hésitent souvent à envisager la possibilité de la simulation, même devant l'évidence, car l'accusation de mensonge peut nuire à la relation thérapeutique entre le médecin et le patient, voire la détruire<sup>51</sup>. En général, les psychiatres répugnent à aborder leurs patients avec scepticisme;
- le professionnel peut ne se fier qu'aux déclarations du demandeur plutôt à la preuve corroborante<sup>52</sup>. Même s'il a acquis les connaissances et l'expérience voulues, [traduction] « le clinicien ne peut se fier aux seules entrevues cliniques pour diagnostiquer la simulation sauf dans les cas les plus évidents »<sup>53</sup>;
- le professionnel peut ne pas passer assez de temps avec le demandeur;

---

<sup>48</sup> *Examining Asylum Seekers*, *supra*, note 40.

<sup>49</sup> Harris et Resnick, *supra*, note 47.

<sup>50</sup> Ekman (1985), cité par Harris et Resnick, *supra*, note 47.

<sup>51</sup> Harris et Resnick, *supra*, note 47.

<sup>52</sup> Une étude a révélé que le recours aux questions suggestives ou aux listes de contrôle des symptômes permet aux simulateurs non familiarisés avec les troubles psychiatriques de répondre aux critères diagnostiques de la dépression majeure et du SSPT (Lees-Haley et Dunn, 1994), cité par Harris et Resnick, *supra*, note 47.

<sup>53</sup> Harris et Resnick, *supra*, note 47.

- le professionnel peut être renversé par la [traduction] « vivacité et l'incidence émotionnelle du récit du traumatisme » même s'il n'y a aucun lien entre ces facteurs et la véracité du récit<sup>54</sup>;
- le professionnel peut poser des questions suggestives sur les symptômes;
- le professionnel peut ne pas en connaître assez sur le PPST et la torture;
- il peut y avoir, pour ce qui est de la communication, d'importants obstacles linguistiques et transculturels et d'importants obstacles liés au sexe.

De toute évidence, la capacité de reconnaître la simulation serait considérablement accrue si le professionnel était spécialisé dans le SSPT (y compris le SSPT simulé), avait travaillé auprès des réfugiés et avait reçu une formation en médecine légale ou en psychiatrie. En outre, la personne qui joue le rôle d'*évaluateur*, par opposition à celui de *thérapeute*, est plus susceptible de détecter la simulation. Il est prouvé que le clinicien qui joue à la fois le rôle de thérapeute et d'évaluateur a plus de difficultés à déceler la simulation<sup>55</sup>.

### **Caractéristiques du syndrome de stress post-traumatique simulé**

Les chercheurs ont défini un certain nombre de caractéristiques liées au SSPT simulé<sup>56</sup> :

- en général, la personne véritablement atteinte du SSPT minimise les symptômes tandis que le simulateur les exagère;
- le simulateur peut déclarer ou exhiber des symptômes bizarres ou improbables;
- la personne véritablement atteinte du SSPT nie ou tait la portée émotionnelle du traumatisme tandis que le simulateur s'efforce de convaincre le clinicien de la grande portée émotionnelle de l'événement traumatique;
- le simulateur peut exagérer la gravité du facteur de stress;
- le simulateur a tendance à se concentrer sur la reviviscence du traumatisme alors que la personne véritablement atteinte du SSPT se concentre plus sur la torpeur émotionnelle;
- le simulateur peut déclarer faire des rêves récurrents qui recréent exactement le traumatisme nuit après nuit sans variation aucune tandis que la personne véritablement atteinte du SSPT, en général, fait quelques rêves qui recréent l'événement traumatique, suivis de cauchemars, qui sont des variations d'un même thème, dans lesquels des éléments de la vie quotidienne du patient sont intégrés;
- les rêves post-traumatiques chez la personne véritablement atteinte du SSPT sont fréquemment accompagnés de mouvements du corps, de sursauts et de réveils en état de panique. En outre, le patient tend à souffrir d'insomnie au milieu de la nuit, par opposition à l'insomnie d'endormissement ou l'insomnie du matin;

<sup>54</sup> Judith G. Armstrong et James R. High, « Guidelines for Differentiating Malingering from PTSD » tiré de *NC-PTSD Clinical Quarterly*, vol. 8(3) (1999).

<sup>55</sup> *Ibid.*

<sup>56</sup> Cette liste des caractéristiques du SSPT simulé n'est pas exhaustive. Elle a été dressée à partir de deux sources : Harris et Resnick (note 47) et Armstrong et High (note 54).

- la personne véritablement atteinte du SSPT peut éviter les circonstances associées au traumatisme, tandis qu’il est peu probable que le simulateur signale de telles réactions aux stimulus circonstanciels;
- le simulateur peut « réciter » proprement ses symptômes comme s’il les avait appris par cœur dans le manuel diagnostique;
- le simulateur peut manquer de précision pour ce qui est des états d’esprit associés au SSPT (critère A – horreur péritraumatique, impuissance et/ou dissociation);
- le simulateur a tendance à oublier les symptômes déficitaires du SSPT (critère C – sentiment de détachement d’autrui, évitement des activités reliées au traumatisme);
- le simulateur aura de la difficulté à imiter constamment les signes comportementaux tels que l’hypervigilance et la « perte de contact » dissociative (critère D);
- le simulateur peut se montrer récalcitrant;
- le simulateur peut souligner sa détresse mais rester flou quant aux détails des symptômes;
- le simulateur peut dépeindre son comportement avant le traumatisme comme étant idéal à excès et blâmer le traumatisme pour tous ses problèmes et le SSPT.

Pour évaluer l’authenticité du SSPT, le clinicien peut<sup>57</sup> :

- insister auprès du demandeur pour qu’il donne une description détaillée des symptômes car, bien que ce dernier puisse connaître les symptômes à déclarer, il peut ne pas être en mesure de donner une description convaincante ou des exemples dans sa vie personnelle;
- rechercher les signes comportementaux du SSPT, notamment le regard fixe, les sursauts et les réactions somatiques;
- poser des questions ouvertes plutôt que de suivre la liste de contrôle des symptômes;
- recourir à de multiples sources de données, y compris les entrevues, les sources d’information accessoires et les tests psychométriques<sup>58</sup>. Il peut par exemple interviewer les membres de la famille pour tenter de dissiper les incohérences et de corroborer les antécédents du demandeur et ses comportements, notamment la fréquence des réveils durant la nuit, l’agitation corporelle durant le sommeil et les changements émotifs depuis le traumatisme;
- s’en tenir à des questions ouvertes et laisser le patient relater les faits sans trop l’interrompre et poser sur les symptômes des questions formulées de façon à ne pas suggérer la nature des symptômes réels;
- examiner le caractère raisonnable du lien entre les symptômes déclarés et le facteur de stress, le temps écoulé entre le facteur de stress et l’apparition des

---

<sup>57</sup> Liste combinant les propos de Harris et Resnick, (note 47) et d’Armstrong et High (note 54).

<sup>58</sup> Resnick (1997), cité par Harris et Resnick, *supra*, note 47. On reconnaît, dans le domaine, l’importance d’utiliser de nombreuses sources de données pour évaluer la simulation, et partant, pour évaluer les rapports. Quoi qu’il en soit, il faut savoir, pour ce qui est de la simulation, qu’il n’existe aucune mesure ou test objectif valide et fiable, surtout dans le contexte transculturel des demandes d’asile.

symptômes de même que le lien entre les symptômes actuels et les troubles psychiatriques avant le facteur de stress.

### ***Que faire lorsque l'on soupçonne le demandeur de simuler***

La première chose à faire lorsque l'on soupçonne la simulation est d'interroger le demandeur en employant les méthodes exposées plus haut dans la présente section (« Fausses allégations de torture ») afin de déterminer s'il peut établir ou non qu'il a été torturé. Les autres éléments de preuve corroborants présentés par le demandeur doivent aussi être pris en considération. S'il ressort qu'il y a eu torture, il se peut, en bout de ligne, que le faux diagnostic de SSPT n'ait aucune importance. En d'autres mots, le demandeur peut avoir obtenu un faux rapport, mais répondre par ailleurs aux critères d'octroi de l'asile puisque les autres éléments de preuve établissent l'authenticité de sa demande d'asile. Il faut donc d'abord déterminer si le rapport est un élément de preuve essentiel.

Si le rapport constitue une preuve indispensable pour corroborer la torture et que l'interrogatoire minutieux du demandeur ne permet pas de dissiper les soupçons de simulation, il peut s'avérer nécessaire d'appeler l'auteur du rapport à témoigner en salle d'audience. Il existe d'autres moyens de dissiper ces soupçons, notamment confier à un expert indépendant la charge de préparer un second rapport; toutefois, ces moyens peuvent représenter une grande dépense de temps et d'argent, d'où la nécessité d'en discuter au préalable avec le commissaire coordonnateur.

# TRAUMATISME VICARIANT

On subit un traumatisme vicariant en ressentant le témoignage d'atrocités commises à l'endroit d'une autre personne. Par empathie, on voit, sent, entend, touche et ressent la même chose que la victime, en écoutant celle-ci raconter ses expériences en détail, dans le but d'atténuer sa propre douleur. Le traumatisme vicariant est la réaction physique qui se produit sur le coup lorsqu'un événement particulièrement horrible est relaté ou découvert. Il s'introduit insidieusement dans l'existence du conseiller, s'accumulant de différentes façons, produisant des changements qui sont à la fois subtils et profonds. Le traumatisme est lié à l'énergie qui se dégage de l'exposition au récit d'événements traumatiques et à la manière dont le corps et l'âme réagissent à la rage, à la douleur et au désespoir profonds. L'équilibre personnel peut être rompu temporairement ou pour une période plus longue. L'horreur s'infiltré et laisse des traces. Les réminiscences de l'angoisse et de la douleur bombardent l'esprit et s'infiltré, drainant l'énergie et minant la confiance, le désir, l'amitié, la sérénité, la joie et la santé. Il en résulte souvent de la confusion, de l'apathie, de l'isolement, de l'anxiété, de la tristesse et de la maladie.<sup>59</sup>

Jusqu'à maintenant, le présent guide s'est concentré sur les difficultés que peuvent avoir les victimes de torture à parler des sévices qu'elles ont subis. Il convient maintenant de se pencher sur les difficultés que peuvent avoir les commissaires et les APR à écouter les récits d'horreurs des demandeurs. La présente section expose brièvement le phénomène du traumatisme vicariant.<sup>60</sup>

## **Définition de « traumatisme vicariant »**

Selon Saakvitne et Pearlman<sup>61</sup>, le traumatisme vicariant peut se définir comme suit :

[...] changements profonds subis par le thérapeute ou le travailleur qui établit des rapports d'empathie avec les survivants de traumatismes et est exposé à leurs expériences.

En mots simples, les personnes qui travaillent auprès des victimes de torture peuvent elles-mêmes être traumatisées en écoutant la description d'événements traumatiques. Selon Saakvitne et Pearlman, le traumatisme vicariant est un [traduction] « risque professionnel, un

<sup>59</sup> *Guide sur le traumatisme vicariant, supra*, note 8.

<sup>60</sup> Dans ce manuel on utilise le terme « traumatisme vicariant ». On appelle également ce phénomène « endurcissement », « traumatisme secondaire » et « stress secondaire ».

<sup>61</sup> K. Saakvitne et L. Pearlman, *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*, éd. W.W. Norton & Company, 1996.

effet inéluctable du travail auprès des victimes de traumatisme... une conséquence humaine découlant du savoir, de la compassion et de l'assimilation de la réalité du traumatisme ».

## ***Applicabilité au contexte de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada***

La majeure partie de la recherche sur le traumatisme vicariant repose sur les expériences des travailleurs des services d'intervention d'urgence, comme les policiers, les pompiers, les infirmiers d'urgence, les intervenants en situation de violence tels que les personnes qui travaillent auprès des victimes d'agression sexuelle et les thérapeutes. Les commissaires et les APR ne sont ni travailleurs d'intervention d'urgence, ni thérapeutes, ni membres d'un service de soutien et ne courent assurément pas le même degré de risque de traumatisme vicariant que ces derniers, mais il demeure qu'ils sont exposés à répétition aux récits d'événements traumatiques des demandeurs d'asile et peuvent en sentir les effets. Le traumatisme vicariant peut avoir une incidence sur les relations du commissaire ou de l'APR avec autrui ainsi que sur le rendement au travail. Il peut également entraîner chez eux une diminution de l'objectivité, de la tolérance, de la patience et de la capacité d'écouter avec lucidité.<sup>62</sup> Le commissaire ou l'APR peut réagir avec incrédulité ou sarcasme face aux récits de torture. On ne saurait souligner trop, au titre des stratégies de prévention et de gestion du traumatisme vicariant énumérées ci-après, l'importance de la communication, c'est-à-dire partager ses sentiments et expériences. Il est recommandé que le commissaire et l'APR se « vident le cœur » en parlant à un collègue, à un ami proche ou à un membre de leur famille après les audiences de victimes de torture.

**Nota :** Le traumatisme vicariant peut également affecter les membres de la famille et les personnes de l'entourage proche des victimes de torture. Cette possibilité doit être prise en considération si ces personnes sont présentes dans la salle d'audience<sup>63</sup>.

### ***Facteurs contributifs***

Les effets précis du traumatisme vicariant dépendent de l'interaction unique entre la situation et l'individu. Saakvitne et Pearlman notent les facteurs suivants :

#### ***Facteurs circonstanciels***

- Nature du travail
- Nature de la clientèle (genre et nombre de clients et leurs traumatismes)
- Exposition cumulative aux expériences traumatiques
- Cadre organisationnel
- Cadre social et culturel

---

<sup>62</sup> Cours d'initiation des agents d'asile américains, *supra*, note 10.

<sup>63</sup> *Ibid.*

### *Facteurs personnels*

- Antécédents personnels
- Personnalité et mécanismes personnels de défense
- Mécanismes personnels d'adaptation
- Circonstances actuelles de sa vie
- Formation et identité et historique professionnels
- Supervision
- Thérapie personnelle

Les auteures soulignent en outre que les personnes empathiques – qui ressentent un profond engagement émotif envers la victime du traumatisme – peuvent être plus vulnérables au stress traumatique<sup>64</sup>.

## **Signes et symptômes**

Selon Saakvitne et Pearlman, les signes et symptômes de base du traumatisme vicariant sont les suivants :

### *Changements généraux*

- Manque de temps ou d'énergie pour soi-même
- Détachement à l'égard des proches
- Repli social
- Réactivité accrue à la violence
- Cynisme
- Désespoir général
- Cauchemars

### *Changements spécifiques*

- Perturbation du cadre de référence interne
- Changement dans son identité, ses points de vue sur le monde, sa spiritualité
- Diminution des capacités du soi
- Altération des ressources du moi
- Bouleversement des besoins psychologiques et des schémas cognitifs
- Alternance des expériences sensorielles (rappel d'images, dissociation, dépersonnalisation)

**Nota :** Le traumatisme vicariant peut se combiner à d'autres genres de stress et à l'épuisement professionnel. Les conséquences du stress non géré peuvent être très graves, surtout si elles s'ajoutent aux effets dommageables du traumatisme vicariant.

---

<sup>64</sup> Saakvitne et Pearlman incluent dans leur manuel un certain nombre d'outils d'auto-évaluation permettant de déceler la vulnérabilité au traumatisme vicariant et les signes de traumatisme vicariant.

## ***Prévention et gestion du traumatisme vicariant***

La conscience de soi, l'évaluation de soi et la prise en charge de soi sont essentielles pour prévenir l'accumulation toxique et malsaine des effets négatifs et envahissants des contacts répétés avec les victimes de torture<sup>65</sup>.

Selon Saakvitne et Pearlman, les antidotes au traumatisme vicariant doivent viser deux aspects fondamentaux de ce dernier :

- une meilleure prise en charge de soi pour gérer le stress inhérent au traumatisme vicariant;
- la transformation des croyances négatives et de la perte de sens de façon à enrayer la démoralisation et le désespoir créés par le traumatisme vicariant.

### ***Stratégies de gestion du traumatisme vicariant***

Saakvitne et Pearlman ont élaboré une liste de stratégies de gestion du traumatisme vicariant :

#### ***Sphère professionnelle***

Supervision/consultation  
Horaire; charge et répartition des clients  
Équilibre et diversification des tâches  
Formation  
Espace de travail

#### ***Sphère organisationnelle***

Soutien collégial  
Tribunes d'information sur le traumatisme vicariant  
Disponibilité de la supervision  
Ressources (congés de santé mentale, espace, temps)

#### ***Sphère personnelle***

Accorder la priorité à sa vie personnelle  
Thérapie individuelle  
Activités de loisir (activités physiques, création spontanée, relaxation)  
Bien-être spirituel  
Ressourcement (émotionnel, physique, spirituel, interpersonnel, créateur, artistique)  
Prêter une attention à sa santé

Toute stratégie de gestion du traumatisme vicariant doit se déployer sur trois « sphères », savoir les sphères professionnelle, organisationnelle et personnelle :

---

<sup>65</sup> *Guide sur le traumatisme vicariant, supra*, note 8.

## **L'ABC de la gestion du traumatisme vicariant**

**Sensibilisation** – Tenir compte de ses besoins, de ses limites, de ses émotions et de ses ressources.

**Équilibre** – Maintenir un équilibre entre ses activités, en particulier le travail, les loisirs et le repos.

**Rapports** – Rapports avec soi, avec les autres et avec une entité supérieure. Ces rapports empêchent l'isolement et contribuent à la validation et à l'espoir. La communication fait partie des rapports et rompt le silence de la douleur non avouée.

*Dans trois sphères de la vie : professionnelle, organisationnelle et personnelle*

## Annexe

### PRINCIPES DE DROIT APPLICABLES AU TÉMOIN EXPERT

#### 1. La définition d'un expert

[TRADUCTION] Un témoin expert est un témoin possédant des compétences et des connaissances particulières, acquises par *l'expérience* ou par *l'étude*, qui l'autorisent à donner un témoignage d'opinion relativement à son champ de compétence. [Italique ajouté]

*Rice v. Sockett*  
(1912), 8 D.L.R. 84 (H.C.)

#### 2. L'objet du témoignage d'expert

Quant aux questions qui exigent des connaissances particulières, un expert dans le domaine peut tirer des conclusions et exprimer son avis. Le rôle d'un expert est précisément de fournir au juge et au jury une conclusion toute faite que ces derniers, en raison de la technicité des faits, sont incapables de formuler [...]

Un témoin expert, comme tout autre témoin, peut témoigner quant à l'exactitude des faits dont il a une expérience directe, mais ce n'est pas là l'objet principal de son témoignage.

*R. c. Abbey*,  
[1982] 2 R.C.S. 24, à la p. 42

Je crois comprendre que la preuve d'expert comporte au moins deux aspects : (1) la présentation de faits par l'entremise d'un expert parce que ce dernier a une connaissance particulière à ce sujet et que pareille preuve ne peut en réalité être obtenue que de cette façon; (2) les inférences qui sont faites à partir d'un ensemble défini de faits dans des circonstances où le juge des faits peut difficilement faire pareilles inférences parce qu'elles dépendent d'une connaissance, d'une compétence ou d'une expérience spécialisées.

*Fraser River Pile & Dredge Ltd. c. Empire Tug Boats Ltd.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., T-1631-93), Reed, 20 mars 1995

### 3. L'admissibilité du témoignage d'expert devant les cours de justice

L'admission de la preuve d'expert repose sur l'application des critères suivants: a) la pertinence; b) la nécessité d'aider le juge des faits; c) l'absence de toute règle d'exclusion; et d) la qualification suffisante de l'expert.

*R. c. Mohan,*  
[1994] 2 R.C.S. 9 (sommaire)

En règle générale, le témoignage d'expert est recevable pour donner à la cour des renseignements scientifiques qui, selon toute vraisemblance, dépassent l'expérience et la connaissance d'un juge et d'un jury [...]

*R. c. Burns,*  
[1994] 1 R.C.S. 656, à la p. 666

### 4. L'admissibilité de la preuve (y compris le témoignage d'expert) devant la SPR

L'article 170 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* prévoit ce qui suit :

170. Dans toute affaire dont elle est saisie, la Section de la protection des réfugiés :

g) n'est pas liée par les règles légales ou techniques de présentation de la preuve;

h) peut recevoir les éléments qu'elle juge crédibles ou dignes de foi en l'occurrence et fonder sur eux sa décision;

Application :

Malgré les faiblesses du témoignage par oui-dire [renseignements fournis par des Somaliens non identifiés] du professeur Samatar [...] le tribunal était en droit de juger ce témoignage crédible et digne de foi et de fonder sa décision sur ce témoignage [...] le tribunal a justifié le fait qu'il a préféré le témoignage du professeur Samatar à celui du [demandeur], comme il est tenu de le faire. Le tribunal était en droit d'admettre ce témoignage et de lui attribuer le poids qu'il a attribué.

*Siad c. Canada (Secrétaire d'État)*  
[1997] 1 C.F. 608, à la p. 620; (1996), 36 Imm. L.R. (2d) 1 (C.A.)

## 5. Les exigences en matière de communication de la preuve

L'article 38 des *Règles de la SPR* est ainsi conçu :

- (1) Pour faire comparaître un témoin, la partie transmet par écrit à l'autre partie, le cas échéant, et à la Section les renseignements suivants :
  - a) les coordonnées du témoin;
  - b) l'objet du témoignage ou, dans le cas du témoin expert, un résumé, signé par lui, de son témoignage;
  - c) la durée du témoignage;
  - d) le lien entre le témoin et la partie;
  - e) dans le cas du témoin expert, ces compétences;
  - f) le fait qu'elle veut faire comparaître le témoin par vidéoconférence ou par téléphone, le cas échéant.
- (2) En même temps que la partie transmet à la Section les renseignements visés au paragraphe (1), elle lui transmet une déclaration écrite indiquant à quel moment et de quelle façon elle a transmis ces renseignements à l'autre partie, le cas échéant.
- (3) Les documents transmis selon la présente règle doivent être reçus par leurs destinataires au plus tard vingt jours avant l'audience.
- (4) La partie qui ne transmet pas les renseignements concernant les témoins selon la présente règle ne peut faire comparaître son témoin à l'audience, sauf autorisation de la Section.

La communication de la preuve a pour but d'assurer une meilleure préparation de l'affaire, d'éviter qu'une partie soit prise par surprise et d'éviter de possibles retards à l'audience. Il s'agit d'une règle procédurale qui n'a aucun effet sur le pouvoir discrétionnaire de la SPR d'admettre et d'apprécier la preuve comme elle le juge bon, en fonction des circonstances de chaque affaire.

## 6. L'appréciation de la qualité d'expert et l'évaluation de la preuve

Alan W. Mewett explique, dans son ouvrage, *Witnesses* (Carswell, 1991), que l'appréciation de la qualité d'expert porte sur deux aspects : (1) le champ d'expertise et (2) les compétences particulières du témoin présenté.

(1) [TRADUCTION] « [...] le sujet sur lequel porte l'opinion du témoin expert doit être reconnu comme domaine d'expertise, c'est-à-dire que, pour pouvoir formuler des conclusions scientifiquement acceptables dans ce domaine, l'expert doit avoir fait des études ou acquis une expérience particulières. » (à la p. 10-8)

(2) [TRADUCTION] « La qualité d'expert peut découler d'une formation officielle ou de l'expérience ou encore, le plus souvent, d'une combinaison formation-expérience. » (à la p. 10-16)

Extrait du document intitulé *L'appréciation de la preuve*, préparé par les Services juridiques :

Devant les tribunaux judiciaires, les témoignages d'opinion ne sont généralement pas autorisés. Fait exception à cette règle le témoignage d'opinion d'un expert, lequel doit établir ses compétences à ce titre avant d'être autorisé à témoigner. Toutefois, aucune des trois sections de la CISR n'est liée par les règles de présentation de la preuve, et les experts n'ont pas à établir formellement leurs compétences avant de donner un témoignage d'opinion. [...] Les titres de compétence du témoin influenceront sur le poids qui sera accordé à la preuve présentée. C'est pourquoi il est toujours important d'établir le domaine d'expertise et de faire une comparaison entre les compétences et le domaine en cause.

Robert Macaulay, pour sa part, écrit, dans son ouvrage intitulé *Practice and Procedure Before Administrative Tribunals* (Carswell, 1997) :

[TRADUCTION] « Très peu de tribunaux exigent qu'on établisse la qualité d'expert puis que l'on contre-interroge le témoin sur ses compétences avant d'entendre son témoignage. L'usage communément suivi est de déposer un *curriculum vitae*, après quoi le conseil met habituellement en évidence l'expérience du témoin puis procède à son interrogatoire. En contre-interrogatoire, la partie adverse peut tenter de miner sa qualité d'expert. Dans l'ensemble, ce genre d'entreprise est une perte de temps. Il est beaucoup plus efficace d'attaquer directement le témoignage plutôt que les titres de compétence du témoin. » (à la p. 17-6)

M<sup>me</sup> le juge McLachlin s'est exprimée en ces termes à ce sujet :

La seule condition à l'admission d'une opinion d'expert est que « le témoin expert possède des connaissances et une expérience spéciales qui dépassent celles du juge des faits » [...] Les failles dans l'expertise concernent la valeur du témoignage et non son admissibilité.

*R. c. Marquard*,  
[1993] 4 R.C.S. 223, à la p. 243

M. Macaulay écrit aussi que [TRADUCTION] « le défaut d'établir la qualité d'expert ne rend pas le témoignage inadmissible; il diminue toutefois son caractère persuasif dans l'esprit des membres du tribunal » (à la p. 17-7). Il faut toutefois faire preuve de prudence concernant cette opinion, compte tenu du principe généralement reconnu par les cours de justice, selon lequel le témoignage d'expert s'évalue comme tout autre élément de preuve.

[...] C'est à la section [du statut de réfugié], en tant que tribunal spécialisé dans l'appréciation de revendications au statut de réfugié, que revient la tâche de décider du bien-fondé d'une demande. *Alors qu'un témoignage d'expert peut être de grande utilité dans des domaines particuliers, il s'agit là d'une preuve comme toute autre et c'est au tribunal de déterminer le poids qui doit y être accordé.* [Italique ajouté]

*Bula, Ngaliema Zena c. S.E.C.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., A-794-92), Noël, 16 juin 1994, à la p. 2

Les experts sont également exposés à voir leur témoignage contesté à la suite d'une appréciation négative de leur crédibilité.[...] aucun tribunal n'a besoin de se laisser impressionner par un expert quelconque, puisque les tribunaux sont libres d'accepter ou de rejeter toute preuve présentée par un expert selon qu'ils l'estiment raisonnable, et ce, sans commettre une erreur susceptible de contrôle judiciaire.

*Bains, Iqbal Singh c. M.C.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., IMM-2055-94), Muldoon, 24 août 1995, à la p. 14 et 15

Le juge du procès a eu tout à fait raison de dire au jury qu'il n'était pas lié par les témoignages des psychiatres et que leur valeur probante devait être appréciée de la même manière que tout autre témoignage.

*R. c. Ratti,*  
[1991] 1 R.C.S. 68, à la p. 81

Le fait que la Cour reconnaisse qu'un témoin est habile à donner une preuve d'expert ne l'empêche pas d'évaluer cette preuve.

*Eli Lilly and Co. c. Novopharm Ltd.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., T-2432-95, T-2433-95, T-2434-95), Reed, 25 avril 1997

M. Mewett écrit, dans *Witnesses* :

[TRADUCTION] « Lorsqu'un jury examine s'il retiendra ou non l'opinion d'un expert, il doit prendre en considération le poids qu'il donnera à cette opinion. C'est particulièrement vrai lorsque plusieurs experts se contredisent et que le jury doit choisir entre eux ou ne retenir aucun de leur témoignage, mais il en va de même lorsqu'il n'y a qu'un expert; le jury, même dans ce cas, n'est pas tenu de suivre l'opinion de l'expert. » (à la p. 10-18.3)

Au sujet des parties, l'auteur dit ce qui suit :

[TRADUCTION] « Il peut y avoir des cas où le conseil n'a pas le choix, mais la contestation de la compétence pour expertise insuffisante (par opposition à l'inadmissibilité du *domaine d'expertise scientifique*) n'est pas toujours la meilleure tactique lorsque existe la possibilité d'accepter la qualité d'expert et de s'en prendre, par la suite, au poids à accorder au témoignage. » (à la p. 10-30)

## 7. Les facteurs à prendre en considération dans l'appréciation du témoignage d'expert

Extrait du document intitulé *L'appréciation de la preuve*, préparé par les Services juridiques (notes infrapaginales omises) :

- La question de savoir si le témoignage de l'expert aiderait à régler la question examinée. Le conseil devrait être invité à préciser dans quel but l'expert a été appelé à témoigner. Avant de refuser d'entendre ce témoignage, le décideur doit être convaincu que ce témoignage ne sera d'aucune utilité. Il peut être préférable d'entendre le témoignage et d'y accorder ensuite la valeur probante qu'il convient;
- la question de savoir si le témoignage relève du domaine d'expertise de l'expert;
- la façon dont l'expertise a été acquise, c.-à-d. par les études, l'expérience ou les deux;
- le fait que l'expert s'est formé une opinion alors qu'il connaissait tous les faits pertinents;
- les faits et hypothèses sur lesquels l'expert se fonde;
- la question de savoir si les faits sur lesquels l'expert se fonde ont été établis;
- la qualité des ouvrages et des autres documents sur lesquels l'expert fonde son opinion;
- la fiabilité des méthodes utilisées par l'expert pour se former une opinion, p. ex. la nature des tests utilisés, et le fait que celles-ci tiennent compte des caractéristiques culturelles;
- la question de savoir si l'expert fonde son opinion sur du oui-dire et si celui-ci est digne de foi;
- la question de savoir si le oui-dire sur lequel l'expert fonde son opinion est de la nature de celui sur lequel les experts du même domaine fondent généralement leurs opinions;

- le fait que d'autres experts reconnus dans le domaine ont une opinion différente sur le sujet;
- tout parti pris démontré par l'expert;
- les liens entre l'expert et le revendicateur, l'appelant ou l'intéressé;
- la question de savoir si l'expert médical a examiné lui-même le revendicateur ou s'il se fonde seulement sur son dossier médical.

On peut lire dans *Witnesses*, de M. Mewett :

[TRADUCTION] « Cette appréciation dépend, en partie, des titres de compétence de l'expert – diplômes, expérience, réputation, etc. Elle dépend aussi de l'opinion que se forme le jury au sujet de la minutie de l'examen fait, du diagnostic établi ou de tout autre acte accompli par l'expert et de la possibilité qu'il a eue d'observer correctement les faits et, de façon générale, de ce que le jury perçoit comme le degré de soin apporté. » (à la p. 10-18.3)

#### **8. L'opinion de l'expert sur la crédibilité d'un témoin ne peut remplacer l'évaluation de cette crédibilité par le juge des faits**

Le juge ou jury qui se contente d'accepter une opinion d'expert sur la crédibilité d'un témoin ne respecterait pas son devoir d'établir lui-même la crédibilité du témoin. La crédibilité doit toujours être le résultat de l'opinion du juge ou du jury sur les divers éléments perçus au procès, de son expérience, de sa logique et de son intuition à l'égard de l'affaire [...]

*R. c. Marquard,*  
[1993] 4 R.C.S. 223, à la p. 248

**9. L'opinion de l'expert n'est pas une preuve de la véracité des renseignements sur lesquels elle est fondée**

Bien qu'on ne conteste pas le droit des experts médicaux de prendre en considération tous les renseignements possibles pour former leurs opinions, cela ne dégage en aucune façon la partie qui produit cette preuve de l'obligation d'établir, au moyen d'éléments de preuve régulièrement recevables, les faits sur lesquels se fondent ces opinions. Pour que l'opinion d'un expert puisse avoir une valeur probante, il faut d'abord conclure à l'existence des faits sur lesquels se fonde l'opinion.

*R. c. Abbey,*  
[1982] 2 R.C.S. 24, à la p. 46

Dans la présente espèce, l'utilisation de la preuve médicale dépend des faits à l'origine des avis médicaux. La Commission a jugé que le requérant n'était pas crédible, et la preuve médicale n'a pas persuadé la Commission que les cicatrices présentes sur le corps du requérant résultaient nécessairement d'une persécution subie au Ghana. Si le requérant avait été jugé crédible, alors la Commission aurait nécessairement traité de manière différente les avis médicaux. Dans un tel cas, les avis médicaux pourraient aider le Tribunal à dissiper les incertitudes que laisse apparaître la déposition du requérant. Il n'est pas nécessaire pour la Commission de conjecturer l'origine des cicatrices, elle doit plutôt se demander si les cicatrices et les bosses présentes sur le corps du requérant sont le résultat d'une persécution subie au Ghana.

*Boateng, Nicholas c. M.C.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., A-1027-92), Wetston, 31 mars 1995, à la p. 2

Quant à l'appréciation du témoignage du médecin, il est toujours possible d'évaluer un témoignage d'opinion en considérant que ce témoignage d'opinion n'est valide que dans la mesure où les faits sur lesquels il repose sont vrais.

*Danailoff, Vasco (Vassil) Vladimirov Danailov c. M.E.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., T-273-93), Reed, 6 octobre 1993, à la p. 2

Lorsque ces rapports ne sont rien d'autre qu'une récitation du récit du requérant, que la Commission ne croit pas, et une conclusion reposant sur des symptômes, dont le requérant a dit au psychiatre qu'il les connaissait, alors on ne saurait reprocher aux tribunaux d'avoir traité ces rapports avec un certain degré de scepticisme.

Lorsqu'ils reposent sur un examen indépendant et objectif fait par un psychiatre, ils méritent alors plus de considération.

*Gosal, Pardeep Singh c. M.C.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., IMM-2316-97), Reed, 11 mars 1998, à la p. 5

Le tribunal a accordé peu de valeur au rapport de la psychologue en général, [...] principalement parce qu'il n'a pas cru les renseignements fournis par la demanderesse à l'expert. [...] Le tribunal était tenu d'admettre et d'examiner le rapport de la psychologue. Le tribunal a entendu la preuve offerte par la demanderesse pendant trois jours. Ce n'est pas parce que la psychologue n'a pas discrédité les allégations de «viol par son conjoint» formulées par la demanderesse, selon la description figurant dans son rapport, que le tribunal ne peut le faire. La façon dont le tribunal a traité le rapport de la psychologue est compatible avec son appréciation de la crédibilité de la demanderesse. La décision du tribunal d'accorder « peu de poids » au rapport de la psychologue ne constitue pas une erreur susceptible de contrôle judiciaire.

*Wati, Phul c. M.C.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., IMM-3932-98), Lutfy, 16 avril 1999, aux p. 4-5

## **10. Le témoignage d'un expert en comportement humain peut aider à évaluer la crédibilité d'un témoin**

[...] il est de plus en plus largement reconnu que, si le témoignage d'expert sur la crédibilité d'un témoin n'est pas admissible, le témoignage d'expert sur le comportement humain et les facteurs psychologiques et physiques qui peuvent provoquer un certain comportement pertinent quant à la crédibilité, est admissible, pourvu qu'il aille au-delà de l'expérience ordinaire du juge des faits. Le professeur A. Mewett, pour décrire l'utilisation acceptable de ce genre de témoignage, parle de [TRADUCTION] « mettre en contexte la déposition du témoin. » Dans l'éditorial « Credibility and Consistency » (1991), 33 *Crim. L.Q.* 385, à la p. 386, il dit :

[TRADUCTION] Son témoignage est pertinent en ce qu'il aide -- sans plus -- le jury à déterminer s'il y a une explication à ce qui autrement pourrait être considéré comme un comportement incompatible avec celui d'un témoin sincère. Évidemment, il appuie la crédibilité de ce témoin, mais il s'agit aussi d'un

témoignage sur la façon dont certaines personnes réagissent à certaines expériences [...]

[...] Accepter cette position ne revient pas à ouvrir la porte à une avalanche de témoignages d'expert sur la question de savoir si les témoins mentent ou disent la vérité. Cela revient plutôt à reconnaître que certains aspects du comportement humain, qui sont importants dans l'appréciation de la crédibilité d'un témoin par le juge ou le jury, risquent de ne pas être compris par le profane et nécessitent les explications d'experts en comportement humain.

*R. c. Marquard,*  
[1993] 4 R.C.S. 223, aux p. 249-250

**11. La SPR doit prendre en considération le fait que l'expert a non seulement fondé son opinion sur ce que le demandeur lui a dit, mais également sur ce qu'il a observé en qualité d'expert, si cela est pertinent**

[...] la SSR affirme que le docteur a fondé sa conclusion, son opinion psychiatrique [TRADUCTION] « sur ce que le revendicateur lui a dit. »

[...] La SSR n'a donc pas tenu compte du fait que le docteur Payne a fondé son diagnostic, non pas simplement sur ce que le revendicateur lui a dit, mais aussi sur son observation professionnelle expérimentée du revendicateur. [...]

Je conclus que la SSR a commis une erreur lorsqu'elle a écarté de façon cavalière l'opinion professionnelle du docteur Payne.

*Zapata, Carlos Alberto Ruiz c. S.G.C. et M.E.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., IMM-4876-93), Gibson, 29 juin 1994, aux p. 5-7

**12. On ne peut rejeter un rapport d'expert pour la seule raison qu'il n'a pu affirmer que la torture est la seule cause des lésions du demandeur**

En ce qui concerne la preuve contenue dans le rapport médical présenté par le D<sup>r</sup> William Chan relative aux lésions subies par le demandeur par suite de la torture, c'est à tort que le tribunal a écarté cette preuve. Si, comme l'indique le tribunal, le rapport devait établir la torture comme seule cause possible des lésions, cela imposerait à quiconque revendique le statut de réfugié une charge dont il est impossible de s'acquitter.

*Thurairajah, Uthayasankar c. M.E.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., IMM-2339-93), Tremblay-Lamer, 11 mars 1994, aux p. 6-7

**13. La SPR n'est pas tenue d'accepter l'opinion d'un expert concernant le bien-fondé d'une revendication**

Bien que la section du statut ait accepté les déclarations de Margaret Atwood et Michael Ondaatje selon lesquelles il n'était pas inusité qu'un poète soit incapable de réciter ses oeuvres, elle n'a accordé aucun poids à leurs déclarations selon lesquelles la requérante serait persécutée au Sri Lanka en raison de ses poèmes. C'était là une décision qui relevait entièrement du pouvoir discrétionnaire du tribunal. Il faut tenir compte d'un certain nombre de facteurs en statuant sur une revendication du statut de réfugié au sens de la Convention, et c'est la fonction de la section du statut de réfugié d'apprécier la vraisemblance de la persécution redoutée, compte tenu de tous les éléments de preuve dont elle dispose. Il n'appartient pas au tribunal d'accueillir l'opinion de tiers sur la question ultime dont il est saisi.

*Gnanapragasm, Monica c. M.E.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., IMM-3317-93), Jerome, 14 septembre 1994, à la p. 5

[...] C'est à la section, en tant que tribunal spécialisé dans l'appréciation de revendications au statut de réfugié, que revient la tâche de décider du bien-fondé d'une demande.

*Bula, Ngaliema Zena c. S.E.C.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., A-794-92), Noël, 16 juin 1994, à la p. 2

#### 14. Le témoignage d'expert et les motifs

La SPR doit prendre en considération les rapports d'experts et, s'ils sont pertinents, doit motiver leur rejet.

Plusieurs décisions de la section du statut de réfugié ont été annulées parce qu'elles ne faisaient pas référence à la preuve médicale soumise à l'appui des revendications. [...]

À mon avis, en ne tenant aucun compte de la preuve médicale dont elle était saisie, la Commission a commis une erreur [...]

*Miayuku, Lubanzadio c. M.C.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., IMM-4813-93), Pinard, 18 juillet 1994, aux p. 2-3

[...] trois documents le touchant directement ont été déposés à titre de preuve, à savoir un certificat médical [...], mais dans sa décision, la Section du statut a passé ces documents sous silence. Je comprends mal, encore une fois, pourquoi ces documents n'ont pas été évoqués dans les motifs de la décision. [...] J'estime que la Section du statut est, à tout le moins, tenue de faire état des renseignements qui lui sont fournis. Que la documentation déposée soit admise ou rejetée, le requérant doit s'en voir exposer les raisons, surtout lorsqu'il s'agit de documents qui confirment ce qu'il a avancé.

*Bains, Iqbal Singh c. M.E.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., 92-A-6905), Cullen, 26 mai 1993, à la p. 5

Le Tribunal semble ignorer complètement la preuve mise à sa disposition sous la forme d'un rapport psychiatrique écrit montrant que le requérant souffre de stress post-traumatique et de dépression de sorte qu'[TRADUCTION] «...il a tendance à avoir mauvaise mémoire, à perdre le fil de ses idées et à ne pas se concentrer et [qu']il se met à avoir peur, en particulier lorsqu'il est question du passé». Le requérant a droit à une garantie selon laquelle pareille preuve a été prise en considération dans la conclusion relative à la crédibilité qui a été tirée contre lui, laquelle était apparemment fondée sur le fait que son témoignage était évasif et confus.

*Sanghera, Bhajan Singh c. M.E.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., T-194-93), Gibson, 26 janvier 1994, à la p. 3

À l'évidence, il était loisible à la Commission de ne pas tenir compte du rapport médical. Toutefois, compte tenu de

l'importance qu'elle a attachée au comportement de la requérante pour rendre sa décision, elle était tenue d'indiquer pourquoi elle a choisi de le faire.

[...] la Commission n'a jamais rejeté explicitement les allégations de viol en bande faites par la requérante, ni rejeté l'opinion du D<sup>r</sup> Spiegel, du moins dans la mesure où cette opinion se rapportait à cet événement.

Il est [...] manifeste que la Commission n'a pas rejeté l'opinion médicale du D<sup>r</sup> Spiegel parce qu'elle ne croyait pas les faits qui sous-tendaient celle-ci. Pourquoi cette opinion a-t-elle alors été rejetée? La Commission devait confronter ce témoignage et expliquer pourquoi il devait être écarté. Elle ne l'a jamais fait.

*Sivayoganathan, Maria Rajeswary c. M.C.I.*  
(C.F. 1<sup>re</sup> inst., IMM-4979-93), Noël, 7 novembre 1994, aux p. 9, 11 et 12