

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

1 7 <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## **Commission d'enquête sur le traitement judiciaire des violences sexuelles incestueuses parentales commises contre les enfants et la situation des parents protecteurs, notamment des mères protectrices**

- Table ronde, ouverte à la presse, réunissant :
- Dr Françoise Fericelli, pédopsychiatre, ancienne  
experte auprès des tribunaux judiciaires ;
- Dr Myriam Pierson-Berthier, psychiatre spécialisée en  
psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ancienne  
experte auprès des tribunaux judiciaires ;
- Dr Maurice Berger, pédopsychiatre ..... 2
- Présences en réunion ..... 38

Jeudi  
2 avril 2026  
Séance de 14 heures 30

Compte rendu n° 11

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de  
*Mme Maud Petit,*  
Présidente de la  
commission**



*La séance est ouverte à quatorze heures quarante.*

**Mme la présidente Maud Petit.** Notre commission d'enquête a pour objet d'évaluer le traitement judiciaire des agressions sexuelles et viols incestueux parentaux sur mineurs. Dans ce cadre, nous portons une attention particulière à la prise en compte de la parole de l'enfant ainsi qu'à sa protection effective tout au long de la procédure. Dans ces dossiers, les médecins jouent un rôle fondamental, tant en matière de détection et d'alerte qu'au stade de l'expertise de la victime et de ses parents. Toutefois, à la lumière des témoignages que nous avons pu recevoir, nous avons le sentiment que le dispositif pêche sur ces deux aspects.

D'un côté, les médecins qui interviennent au quotidien auprès de l'enfant ne sont pas systématiquement formés à la détection de l'inceste et, lorsqu'ils soupçonnent de tels faits, ils peuvent être poursuivis par leur ordre. De l'autre, selon les informations dont nous disposons, certains experts officiant auprès des tribunaux ne feraient pas toujours preuve d'une grande compétence. Afin d'approfondir ces questions, j'ai le plaisir d'accueillir cet après-midi la docteure Françoise Fericelli, pédopsychiatre et ancienne experte auprès des tribunaux judiciaires ; la docteure Myriam Pierson-Berthier, psychiatre spécialisée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, elle aussi ancienne experte auprès des tribunaux judiciaires ; et le docteur Maurice Berger, pédopsychiatre, ancien chef de service en pédopsychiatrie au centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne et ancien directeur de formation à l'École nationale de la magistrature (ENM), entre 2015 et 2021.

Avant d'entamer nos échanges, je vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes entendues par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

*(M. Maurice Berger, Mme Françoise Fericelli et Mme Myriam Pierson-Berthier prêtent successivement serment.)*

**M. Maurice Berger, pédopsychiatre.** Je commencerai par un exposé introductif décrivant les difficultés rencontrées par les médecins et les experts ; Mme Fericelli interviendra ensuite pour témoigner de sa pratique et de ses constatations, en définissant ce qui pourrait être un cadre d'expertise adapté ; enfin, Mme Pierson-Berthier abordera un problème qui fait l'objet d'un déni massif, celui des agressions sexuelles incestueuses commises sur les très jeunes enfants.

Pour ma part, comme vous l'avez rappelé, j'ai exercé en qualité de chef de service au sein d'une unité dédiée à la prise en charge des enfants maltraités, négligés et agressés sexuellement. Sollicité à de nombreuses reprises par les juges, j'ai réalisé beaucoup d'expertises même si je ne figure pas sur la liste des experts agréés. À l'ENM, j'ai été chargé de rédiger le kit pédagogique destiné à la formation des magistrats et portant spécifiquement sur la question des allégations – qui est l'un des enjeux centraux. Par ailleurs, j'ai fondé avec des collègues un diplôme universitaire (DU) « Expertise légale en pédopsychiatrie et psychologie clinique de l'enfant » à l'université Paris-Descartes. Ce cursus, en cours de transfert vers une autre université, demeure à ce jour le seul DU français sur ce thème.

Votre commission sait sans doute à quel point l'inceste est fréquent. Aux étudiants en médecine qui rejoignaient mon service, j'enseignais dès le premier jour que l'enfant est une proie sexuelle, parce que certains adultes trouvent que son corps est mignon, parce qu'il est

vulnérable – il est sans défense, on peut lui faire peur, on peut le séduire – et parce que sa parole, souvent, n'est pas prise en compte.

Pour mesurer le chemin parcouru, je me souviens – j'en ai discuté avec plusieurs magistrats – de la manière dont on procédait entre 1970 et 1972, alors que j'étais interne en psychiatrie. Face à une situation d'inceste, nous nous contentions de recevoir les parents pour les réprimander et leur rappeler l'interdit, avant de les laisser repartir avec l'enfant. J'ai ainsi reçu en urgence une adolescente de 15 ans qui avait fait une tentative de suicide : elle avait un petit ami de son âge et ne voulait plus coucher avec son père. Mon chef de service de l'époque a reçu le père, lui a passé un gros savon puis a laissé la jeune fille repartir avec lui. Elle a été réadmise le lendemain pour une nouvelle tentative de suicide ; cette fois, elle a été placée. Ce cas illustre une réalité persistante : il faut souvent que les enfants parlent plusieurs fois pour que leur parole soit prise en compte.

Aujourd'hui, on reconnaît enfin la forte nocivité de l'inceste, qui est étayée par les témoignages importants recueillis lors des travaux de la Ciivise 1 – la première commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. Cette prise de conscience met en lumière des mécanismes de déni et des systèmes de défense qui, jusqu'alors, étaient restés au second plan.

Le premier de ces dénis consiste à nier l'existence de tels actes sur les très jeunes enfants – « ça n'existe pas chez les petits » –, point que Myriam Pierson-Berthier développera. À ce titre, j'ai dû intervenir l'an dernier concernant une expertise réalisée par un expert auprès d'une cour d'appel. Ce dernier avait écrit qu'il est impossible, pour un père, de commettre des actes sexuels sur un enfant de moins de 3 ans ; pourtant, dans ce dossier concernant une fillette de 2 ans, tous les signes étaient réunis. Je me suis donc permis d'écrire au juge concerné pour lui conseiller la lecture du livre de Mme Pierson-Berthier.

Un autre préjugé tenace consiste à prétendre que l'enfant « cas social » ment systématiquement. Or, dans mon service, sur quarante-cinq enfants ayant dénoncé des agressions sexuelles intrafamiliales, aucun n'a menti. En revanche, certains enfants très jeunes ont du mal à désigner précisément leur agresseur, notamment lorsque celui-ci leur a bandé les yeux.

Je veux aussi souligner d'emblée que ce débat est pollué par Outreau. Nous pourrions en discuter, mais je peux d'ores et déjà affirmer que les recommandations issues de cette affaire ne sont plus valables. Elles ont été formulées en 2007 ; or depuis 2014, nous disposons du protocole Nichd (*National Institute of Child Health and Human Development*), qui est un dispositif d'évaluation non suggestif, ainsi que de la méthode SVA (*Statement Validity Analysis*). Nous ne pouvons plus nous réfugier derrière Outreau.

Je distinguerai, de manière très – et probablement trop – schématique, deux grands profils de parents incestueux. Ces deux groupes partagent des traits communs : les parents qui y appartiennent n'expriment aucun regret, n'ont pratiquement aucune capacité de changement et ne s'investissent que très peu, voire pas du tout, dans un travail en thérapie. Il convient d'ailleurs de préciser, car il faut en tenir compte, que les mères et les belles-mères sont impliquées dans 5 à 6 % des cas d'inceste.

Le premier groupe concerne des familles marquées par de fortes négligences. Les enfants y sont peu stimulés et présentent souvent un retard de développement, de langage et dans leur scolarité. On observe dans ces foyers des maltraitances, des violences, de

l'alcoolisme, des parents parfois atteints de pathologies psychiatriques, très impulsifs et dénués de contrôle pulsionnel. Dans ce contexte, l'enfant est perçu comme une possession. Quand ils sont en famille, ces enfants ne parlent pas, car la parole y est trop dangereuse.

C'est généralement après une mesure de placement qu'ils se mettent à parler, car ils se sentent enfin protégés. Ils parlent quand un éducateur ou une éducatrice noue un lien de confiance stable avec eux. Il s'agit souvent de révélations progressives : l'enfant livre un fait, puis un autre, évoquant d'abord son propre cas avant de mentionner, par exemple, celui de sa petite sœur. Au moment de ces aveux, ces enfants ne vont pas très bien ; on peut même dire qu'ils vont mal. Ils sont conscients que leurs propos peuvent conduire leurs parents directement en prison. On observe d'ailleurs un taux de rétractation de 22 %, mais 93 % de ces enfants finissent par revenir sur leur rétractation pour réaffirmer l'agression. Ces situations sont marquées par une reconnaissance judiciaire relative : le déni y est beaucoup moins prégnant que dans le second groupe de parents dont je parlerai ensuite.

Le fait que l'enfant se soit exprimé alors qu'il était placé, en dehors de son milieu familial, explique que sa parole soit davantage prise en compte : on ne peut plus dire qu'un parent l'influence ou le manipule. Cela dit, le processus n'est pas pour autant achevé. Si l'enfant est protégé, on constate d'abord des délais très longs avant que la justice ne s'empare de l'affaire au pénal. Dans la situation que je vous exposerai, nous sommes sans nouvelles de la procédure pénale depuis deux ans.

Surtout, le risque de réexposition de l'enfant est majeur. Cette réexposition réactive le vécu traumatique, provoque une rechute – l'enfant se remet à aller mal – et réduit à néant, pour un temps, tout le travail éducatif et thérapeutique engagé. Ce risque se manifeste à deux niveaux. Le premier est celui de la procédure : il s'observe d'abord pendant l'expertise – étape qui paraît néanmoins nécessaire –, mais surtout lors de l'audience. J'évoquerai le cas d'une fillette de 7 ans et demi qui, dès qu'elle a été placée avec son frère de 5 ans, a révélé les agressions sexuelles subies. Lors de l'audience, les enfants et les parents se sont retrouvés confinés ensemble, dans les couloirs du tribunal puis dans le bureau du juge. Dans ces moments, les enfants se précipitent vers leurs parents en leur disant : « On vous aime ! ». C'est une manifestation du syndrome de Stockholm : ils ne peuvent prendre le risque de faire autrement.

Le second niveau de risque réside dans le maintien des contacts. Sous la pression d'avocats tenaces, des visites médiatisées – des rencontres en milieu institutionnel en présence de deux professionnels – ou des contacts téléphoniques sont souvent ordonnés au nom du droit des parents. Dans l'une des affaires que j'ai suivies, dès la reprise des visites médiatisées, l'enfant de 6 ans est devenu très agressif à son retour en foyer ; il a attrapé le premier camarade qu'il avait sous la main en lui disant : « Je vais te trouer le cul. » C'était un enfant à la fois terrorisé et terrorisant. Si certains enfants placés demandent à voir leurs parents par peur de l'abandon, une écoute attentive et prolongée, étendue sur plusieurs mois, montre souvent que cette demande ne tient pas. Nous avons là un facteur de réexposition induit par la justice des mineurs qui, dans ces cas précis, se place beaucoup plus du côté des parents que de celui des enfants.

Le deuxième grand groupe de situations concerne les suspicions d'inceste survenant après une séparation parentale. Ces affaires peuvent apparaître dans des milieux socioprofessionnels très favorisés : aucun milieu n'est épargné, y compris le niveau le plus élevé de notre société. Dans ces cas, il est impératif d'évaluer la situation rapidement. La tâche est complexe car l'auteur de l'inceste intègre à son crime une véritable stratégie, souvent pensée à l'avance pour garantir son impunité. Cette stratégie repose sur l'exploitation de deux points

faibles : d'une part l'attaque du certificat médical éventuel devant le Conseil de l'Ordre, et d'autre part la manipulation de l'expert, qui est roulé dans la farine.

Ces parents présentent des traits de caractère parfois paranoïaques et souvent pervers. Ils éprouvent une forme de jubilation à détourner la loi et parviennent à se présenter eux-mêmes comme victimes. La stratégie consistant à attaquer le médecin qui a fait le signalement devant le Conseil de l'Ordre vise le plus souvent un praticien libéral – ils sont un peu plus attaquables que les autres –, qu'il soit généraliste, pédiatre ou pédopsychiatre. On en trouve une illustration dans la revue de l'association SOS Papa, même si le sujet traité est le droit de garde et non l'inceste : quatre pages y sont consacrées à la méthode permettant de faire condamner un médecin ayant rédigé un certificat. Le procédé est parfaitement codifié.

Je tiens à préciser d'emblée que j'entretiens de très bonnes relations avec le Conseil de l'Ordre, tant au niveau départemental que national. Les instances départementales m'ont souvent apporté leur aide dans la gestion de relations compliquées avec certains patients, tandis que le Conseil national m'a accompagné dans la rédaction d'articles en me fournissant de précieuses suggestions. Néanmoins, sur la question des certificats médicaux concernant les enfants, la position de l'Ordre est insatisfaisante, voire gravement préoccupante. On observe une obsession pour le fait de sanctionner les certificats dits de complaisance. Or je peux vous assurer que, lorsqu'un praticien rédige une information préoccupante (IP) ou un signalement, il n'agit nullement par complaisance ; il se demande plutôt ce qui va lui retomber dessus. Face à cela, le Conseil de l'Ordre rétorque qu'un modèle type est disponible sur son site internet et que, en l'appliquant, le médecin s'immunise contre toute poursuite. En réalité, c'est faux : cela ne marche pas.

Ce qui est arrivé à l'un de mes collègues illustre cette réalité. Celui-ci souhaitait faire un signalement et, par prudence, m'a demandé de le relire. Par précaution supplémentaire, j'ai transmis ce document au président du conseil de l'Ordre de mon département, qui l'a jugé parfaitement conforme. Pourtant, après l'envoi de ce certificat, le collègue en question a été frappé d'une interdiction d'exercer de trois mois par le conseil régional de l'Ordre, peine ramenée à quinze jours en appel. Cette condamnation figure désormais à son casier judiciaire, ce qui l'a contraint à se justifier lorsqu'il a effectué des démarches pour intégrer une institution. Dans ma seule pratique, j'ai eu connaissance de deux cas de ce type. On trouvera toujours un détail technique pour invalider le travail du médecin, que ce soit des guillemets mal refermés ou une erreur de conjugaison isolée – l'oubli d'un « s » – dans un texte par ailleurs rigoureusement rédigé au conditionnel. L'idée selon laquelle la bonne foi du praticien suffirait à le protéger est un leurre dès lors que l'on est entraîné dans une procédure ordinale.

Le résultat est sans appel : notre profession est terrorisée, et je pèse mes mots. La collègue qui se trouve à côté de moi m'a confié avoir renoncé à effectuer trois signalements par crainte des ennuis qui risquaient de s'ensuivre. L'an dernier, j'ai moi-même rédigé deux informations préoccupantes dont le caractère squelettique me faisait honte : elles se réduisaient à un message subliminal. Je les ai accompagnées de mon numéro de téléphone personnel, afin que les professionnels puissent me contacter pour comprendre la gravité de la situation familiale. Prétendre que l'on peut signaler l'inceste sans s'immiscer dans la vie familiale est une illusion.

Dès lors, que faire ? La Ciivise, dans la préconisation n° 17 de son rapport de 2023 intitulé « Violences sexuelles faites aux enfants : on vous croit », a proposé la suppression des sanctions disciplinaires pour les auteurs de signalements. Une autre piste consiste à rendre ces signalements obligatoires. J'attire toutefois votre attention sur un point crucial : si le

signalement est rendu obligatoire sans avoir été préalablement sécurisé pour les médecins, nous enverrons des dizaines d'entre eux vers une condamnation par le Conseil de l'Ordre. Il faut donc faire les choses dans l'ordre : tant que le Conseil de l'Ordre conservera un pouvoir disciplinaire sur toute situation concernant un enfant, nous ne progresserons pas et vous pourrez refaire la même commission dans vingt ans.

De mon point de vue, le changement ne pourra pas venir de l'intérieur du Conseil national de l'Ordre des médecins. Si je le crois capable de réformes dans d'autres domaines – il vient de s'y engager –, il semble incapable d'évoluer sur cette question précise, pour des raisons qui m'échappent. Ce problème persiste depuis tant d'années que, si un changement était possible de l'intérieur, il aurait déjà eu lieu. Nous faisons face à un système clos, régi par ses propres règles. La solution ne pourra donc venir que de l'extérieur, par une réforme statutaire. On peut évoquer ce qui se passe en Suisse ou en Angleterre : dans ces pays, la déontologie relève du Conseil de l'Ordre, mais pas l'interdiction d'exercer. En Suisse, par exemple, cette mission est confiée à une commission administrative qui comprend un magistrat à la retraite, des juristes, les représentants d'associations de patients, des médecins de la même spécialité et d'autres personnes. Il faut ouvrir ces instances à la société civile, car elle a son mot à dire sur ces règlements.

Le second point de vulnérabilité réside dans l'expertise judiciaire. Pour un parent incestueux, l'enjeu est de savoir comment séduire et manipuler les professionnels. Sur ce plan, il existe une différence profonde entre notre approche et celle de certains experts que vous auditionnez peut-être, tenants de la théorie de l'aliénation parentale sous ses divers avatars. Je veux vous alerter sur ce qu'ils vont vous dire – ou ne pas vous dire. J'ai eu entre les mains l'expertise de 2015 d'un praticien très renommé. Celui-ci affirmait que le syndrome d'aliénation parentale (SAP) avait été présenté au DSM-5 – la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, utilisé au niveau international – en 2012, sans préciser que son inscription y avait été refusée. Le juge a ainsi été influencé par une présentation tronquée – l'expert n'a pas menti, il a omis.

Le même expert et ceux qui partagent ses vues vous diront que le terme d'aliénation a été initialement accepté par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) dans la onzième révision de sa classification internationale des maladies, la CIM-11, avant d'être retiré sous la pression d'associations féministes qu'ils n'hésitent pas à qualifier d'« hystériques ». C'est rigoureusement faux. Ce retrait fait suite à l'intervention d'environ 300 spécialistes issus de trente-neuf pays – dont Hélène Romano et moi-même –, qui ont démontré à l'OMS l'absence de fondement scientifique de ce concept. De même, ils vous diront que les instances européennes valident cette théorie. C'est faux : le Parlement européen et l'Union européenne ont, au contraire, souligné les dangers du SAP.

Enfin, ils pourraient vous dire qu'il n'est pas forcément nécessaire de recevoir l'enfant, car l'observation du système familial suffit à comprendre ce qui s'y passe. Je ne suis pas d'accord : en tant que pédopsychiatres, nous jugeons cette approche aberrante. Il existe une règle d'or : on ne peut évaluer la relation entre un parent et un enfant sans les recevoir ensemble.

Il existe donc un lobby du SAP. Je ne sais pas pourquoi, mais son influence est telle que l'on peut trouver sept pages consacrées à ce syndrome dans un manuel scolaire de seconde, au sein d'un chapitre relatif aux difficultés sociales où l'on aborde habituellement le chômage, la précarité et la marginalisation. Ce niveau d'infiltration est révélateur ; dès 2012, le député Régis Juanico avait d'ailleurs adressé une question écrite à ce sujet aux ministres concernés. Nous sommes confrontés à des experts que je qualifierais de « nourris au sable », qui viennent

souvent de la criminologie. Ce lobby ne lâchera jamais ; il ne cessera de créer de nouveaux concepts ou de réactiver des théories anciennes, que ce soit les fantasmes œdipiens, les faux souvenirs ou le syndrome de Münchhausen, ce dernier faisant actuellement l'objet d'une véritable épidémie. La mère inquiète est forcément « fusionnelle », alors qu'il serait au contraire anormal qu'elle ne s'angoisse pas en entendant les récits de son enfant. Il est crucial de comprendre que moins une mère parvient à protéger son enfant dans ce contexte, plus elle va mal et plus elle se désorganise psychologiquement. Lorsqu'elle se présente devant un expert dans cet état de détresse, celui-ci l'utilise comme une preuve de son instabilité, alors que son angoisse est parfaitement légitime.

Avant de conclure, j'insisterai sur deux points, à commencer par les allégations. De nombreux travaux étrangers de grande qualité montrent que c'est une question très complexe.

Premièrement, la déclaration spontanée d'un enfant est exacte dans 99,9 % des cas. Lorsqu'un enfant se confie de lui-même à son institutrice, à un camarade de classe ou lors d'un séjour en colonie de vacances, nous savons que ce qu'il dit est vrai.

Deuxièmement, il existe entre 0,5 % et 6 % de fausses allégations volontaires de la part de parents qui peuvent présenter – mais pas toujours – des troubles psychiques. Bien que ce pourcentage soit faible, il crée un préjudice énorme pour l'ensemble des expertises.

Troisièmement, il faut observer les chiffres issus de grandes séries statistiques. Certains travaux avancent le chiffre de 50 % d'allégations prouvées, tandis qu'une statistique plus précise établit les proportions suivantes : environ 38 % d'allégations sont prouvées, 20 % sont possibles et 35 % sont sans fondement. Cette réalité clinique impose une évaluation très rigoureuse de la part des enquêteurs de la brigade des mineurs et des experts, notamment via l'utilisation d'outils comme le SVA. Oui, il y a des zones grises ; nous avons donc besoin d'experts toujours mieux formés.

Enfin, plusieurs travaux ont montré qu'en cas de violences conjugales – c'est-à-dire lorsqu'un homme a exercé une emprise sur le corps d'une femme –, il y a beaucoup plus de risques que l'enfant soit l'objet d'inceste. Les études actuelles indiquent que ce risque est alors 6,5 fois plus élevé, ce qui est considérable.

Un autre aspect que je souhaite aborder brièvement – nous pourrions détailler ensuite – concerne le conflit de loyauté. Ce concept est utilisé par les tenants du SAP pour se substituer à celui d'emprise. On mélange tout ! Cette confusion permet, là encore, d'éviter une clinique précise. Pour le dire simplement, le conflit de loyauté désigne une situation où les parents font transiter toute leur conflictualité, dans tous ses détails, par l'enfant. Dans ce cas de figure, l'enfant maintient un lien affectif avec ses deux parents et les aime chacun de leur côté. Cependant, lorsqu'il est chez son père, il n'ose pas parler de sa mère ni même y penser ; et de même, inversement, lorsqu'il est chez sa mère. Placer un enfant dans une telle position constitue une forme de maltraitance, mais cela n'a rien de commun avec une emprise complète où l'enfant perd toute pensée personnelle.

Nous disposons donc d'un véritable savoir qui doit être couplé à une pratique clinique auprès des enfants. On ne devrait pas être nommé expert à vie : il ne faut jamais cesser de lire et d'accroître ses connaissances. Cette exigence s'oppose à la pratique du copier-coller et aux expertises molles, dans lesquelles l'expert se contente de rapporter que les propos du père et de la mère cela, laissant le juge se débrouiller seul ; elle s'oppose également à l'utilisation de tests projectifs par certains psychologues, qui ne sont d'aucune utilité dans ces situations.

L'expertise d'enfants est devenue le domaine des psychiatres d'adultes. Il est vrai que nous manquons de pédopsychiatres – nous pourrions en reparler –, mais ces psychiatres d'adultes sont-ils prêts à se compliquer la vie en acquérant les connaissances récentes sur l'enfance ? Il s'agit notamment de maîtriser la distinction entre emprise et conflit de loyauté ou entre un fort conflit de couple et une situation d'emprise, comme je viens de le mentionner, ainsi que les travaux validant le SVA. Si les praticiens concernés acceptent ces exigences, alors les expertises seront longues. Une expertise correcte demande au strict minimum entre douze et quinze heures de travail. J'ai été invité il y a quelques années par la compagnie des experts de justice pour exposer la méthode dont nous vous parlerons ensuite, et l'un d'eux m'a répondu : « Si je fais ça, je n'ai plus qu'à mettre la clé sous la porte. » Tout dépend de la manière dont on conçoit sa pratique, mais c'est à mon sens une source d'économies à long terme. Une expertise bien faite évite les contre-expertises, donne un axe directeur au juge pour les quatre ou cinq années à venir, limite les appels et évite la multiplication des audiences. Il est vrai qu'une expertise de quinze heures incluant le père, la mère et l'enfant n'est rémunérée que 900 euros.

**Mme François Fericelli, pédopsychiatre.** Plutôt vingt-cinq heures, je dirais.

**M. Maurice Berger.** Vingt-cinq heures, oui. Je n'ai pas voulu avoir l'air d'exagérer, mais c'est la réalité. Il y a là un vrai problème.

Aux participants qui venaient se former au DU dont j'ai parlé, je disais la chose suivante : « Je vous demande de faire une expertise par trimestre, mais une expertise complète. Vous y passerez le temps qu'il faudra. Ainsi, vous n'y laisserez pas trop de plumes financièrement et les juges pourront s'imprégner de ce mode de raisonnement pour la lecture des autres expertises qu'ils recevront. » On peut certes en discuter, mais c'est le parti pris que je défends. Ce DU, dont je vous ai dit que nous sommes en train de le relocaliser, a été cité par la Ciivise 1. Seuls des enseignants qui maîtrisent ces concepts et possèdent ces connaissances y enseignent. Il comprend quatre-vingt-dix-sept heures de cours, dont une partie en distanciel, un stage, ainsi que trois à quatre soirées de supervision, de 20 heures à 22 heures, et un « service après-vente » – les étudiants de ce DU, une fois leur formation finie, peuvent nous contacter s'ils sont en difficulté pour rédiger une expertise au cours de leur carrière, et nous les aidons. Il m'apparaîtrait d'ailleurs opportun que vous auditionniez le docteur Pierre Lévy-Soussan, qui a actuellement la responsabilité pédagogique de ce DU.

La question se pose également de créer un module de perfectionnement plus court, destiné aux experts déjà installés ; il faudrait alors en définir le cadre. Reste aussi à savoir si nous pourrions mobiliser nos professeurs de pédopsychiatrie actuels pour structurer une filière à ce niveau, mais c'est encore loin d'être acquis. Je m'arrête là ; mes collègues vont maintenant illustrer ce que je viens de vous exposer.

**Mme Françoise Fericelli, pédopsychiatre, ancienne experte auprès des tribunaux judiciaires.** Je vous remercie de m'avoir invitée pour parler d'un sujet sur lequel je travaille depuis des années et qui me tient à cœur : celui des expertises pédopsychiatriques et psychologiques d'enfants. Dans un premier temps, je vais me présenter très brièvement pour que vous compreniez comment j'en suis arrivée là. Dans un deuxième temps, je répondrai aux questions que vous nous avez fait parvenir. Dans un troisième temps, je vous ferai quelques préconisations qui, j'espère, sont réalisables.

J'exerce le métier de psychiatre d'enfants et d'adolescents depuis trente-cinq ans. J'ai pratiqué mon métier de toutes les manières possibles. Je l'ai pratiqué à l'hôpital public pendant

vingt ans. Je l'ai pratiqué en tant qu'expert judiciaire. Je l'ai pratiqué aussi dans des structures du médico-social, en libéral et même à l'étranger. J'ai travaillé avec des enfants de tous âges, depuis des bébés, en pédopsychiatrie périnatale, à des grands adolescents en situation de crise suicidaire. Dès la fin de mon internat, j'ai écrit mémoire et articles sur la question de la place des parents – sujet qui m'a toujours paru important dans le cadre des soins pédopsychiatriques pour les enfants – et sur les interactions parents-enfant. J'ai écrit ensuite d'autres articles, seule ou avec des collègues, tout au long de ma carrière, dont l'article tout récent que je vous ai transféré sur les expertises, qui est un article commun.

Historiquement, c'est à partir de 2005, alors que j'étais déjà bien engagée dans ma carrière, que j'ai commencé à lire des expertises psychiatriques et psychologiques qui me semblaient curieuses. Elles concernaient certains de mes petits patients et me semblaient en contradiction totale avec ce que je connaissais d'eux et de leur famille. Ces expertises ne respectaient pas le mode d'approche classique de base en pédopsychiatrie – celui que j'avais appris, que mes collègues utilisaient et que je pratiquais en pédopsychiatrie. Elles ne tenaient pas compte de l'âge de l'enfant dans leur manière de l'approcher. Souvent, aucun jouet ne leur était proposé, aucune feuille à dessin, qui sont quand même des éléments de base facilitant l'expression de l'enfant. Et puis, très souvent, l'enfant n'était pas reçu seul ; ou bien il était reçu seul, mais pas avec chacun de ses parents séparément. Or, c'est là le b.a.-ba de la pédopsychiatrie pour réaliser une observation fine non seulement de l'enfant, mais également des interactions entre l'enfant et chacun de ses parents.

De plus, et c'était nouveau pour moi, beaucoup de ces expertises utilisaient des notions comme le syndrome d'aliénation parentale, de mère aliénante. Et ces termes, à l'époque, étaient totalement absents de nos classifications – ils le sont toujours, le docteur Berger l'a expliqué, mais, en plus, on ne connaissait pas le mot. Ces termes étaient absents de nos classifications médicales, de nos modes de raisonnement en pédopsychiatrie – et en psychologie de l'enfant aussi, parce que pédopsychiatres et psychologues travaillent de façon très coordonnée. J'ai fait part de mon étonnement, à l'époque, à des confrères et consœurs pédopsychiatres avec lesquels je travaillais à l'hôpital public. J'ai tenté de me renseigner dans la littérature sur cette question d'aliénation parentale.

Nous avons remarqué que cette notion était diffusée en France – et c'est toujours le cas – essentiellement par des psychiatres d'adultes qui n'avaient que peu de notions, et peu de pratique, concernant le développement de l'enfant et la clinique pédopsychiatrique spécifique. Nous avons estimé – c'était à peu près en 2007 – qu'il s'agissait d'une notion imprécise, voire folklorique, qui ne correspondait pas à ce que nous observions en clinique de l'enfant. Je dois vous avouer que je n'avais pas encore conscience à cette époque, dans les années 2005-2007, du fait que ce terme – cette idéologie, en fait –, qui n'est ni un terme scientifique ni un terme médical – il n'a rien de scientifique, en réalité –, allait infiltrer progressivement les milieux socio-judiciaires, en nuisant très gravement aux enfants maltraités, dans leurs familles notamment – qu'il s'agisse de maltraitances physiques, psychologiques ou sexuelles, ou les trois ensemble, comme c'est souvent le cas.

À la fin des années 2000 et au début des années 2010, on a pu lire quelques publications scientifiques d'autres collègues pédopsychiatres qui déploraient l'imprécision de la notion d'aliénation parentale, laquelle se présentait en fait comme une sorte de fourre-tout conceptuel simpliste. Cela confirmait mes premières impressions et analyses, et mes premiers échanges avec mes collègues de terrain. Ce point est désormais complètement documenté puisque, comme le disait le docteur Berger, l'intégration du syndrome d'aliénation parentale au sein de

la dernière classification internationale en psychiatrie a été refusée en 2013. On pourrait donc se dire qu'on est débarrassé du problème, mais ce n'est pas du tout le cas.

En 2009, à la suite des constats d'inadéquation de l'expertise, je me suis dit qu'il fallait que je m'implique, et je me suis portée candidate à l'inscription sur les listes d'experts de la cour d'appel correspondant à mon lieu d'exercice. J'ai été acceptée, j'ai prêté serment et j'ai commencé à être sollicitée. Mes douze années de pratique en tant qu'expert et mes contacts avec les magistrats m'ont permis d'affiner mes analyses et ma manière de procéder.

Une autre étape dans ma prise de conscience est survenue au tournant des années 2020, époque à laquelle j'ai commencé à disposer de nouveaux documents et éléments. Outre la prise en charge de mes patients et les expertises judiciaires qui m'étaient confiées, j'ai commencé à recevoir de plus en plus de rapports d'expertise judiciaire qui m'étaient adressés par des mères complètement désespérées et, beaucoup moins souvent, par des pères. Je recevais l'expertise qui leur posait problème et le jugement qui en découlait, ce qui m'a fait prendre conscience de l'inadéquation très forte de certaines pratiques d'expertise et de leurs conséquences dramatiques sur les décisions judiciaires et, surtout, pour la protection des enfants – je vous en donnerai des illustrations.

Toutes ces expertises concernaient justement – il faut le préciser car ce n'est pas le seul cas que l'on rencontre en expertise – des familles au sein desquelles un ou plusieurs enfants avaient allégué des violences de type incestueux, de la part de leur père le plus souvent. Un seul dossier, parmi ceux qui étaient entre mes mains, concernait des violences incestueuses supposées de la part de la mère, ce qui correspond aux statistiques, puisqu'on estime que l'inceste parental est le fait, dans 96 % des cas, du père. Ces constatations m'ont conduite, avec le docteur Berger, le docteur Pierson-Berthier et deux autres collègues, dont une psychologue, à rédiger et à publier l'article que je vous ai présenté, qui répertorie à l'usage de collègues plus jeunes, mais aussi des magistrats, des avocats et d'autres professionnels, les règles garantissant de bonnes pratiques en matière d'expertise d'enfants et de leur famille.

Je vais maintenant répondre aux questions que vous nous avez fait parvenir en me fondant sur ma triple expérience : celle que j'ai acquise en tant que pédopsychiatre qui soigne des enfants depuis des années, et notamment des enfants maltraités, nombreux dans ma patientèle ; celle d'ancien expert judiciaire en pédopsychiatrie pendant douze ans ; et celle de lectrice de nombre d'expertises psychiatriques et psychologiques réalisées ces dernières années.

Vous nous demandez quel est le rôle des expertises psychologiques et psychiatriques dans les procédures judiciaires relatives à l'inceste. Une autre de vos questions est de savoir si les propositions formulées par les experts sont fréquemment reprises par les magistrats. Le rôle de ces expertises est central dans toutes les procédures concernant des enfants, et probablement encore plus dans les situations d'inceste. Lorsque j'étais moi-même expert judiciaire, je demandais toujours à être tenue au courant des décisions ultérieures des magistrats qui m'avaient désignée. Je peux donc dire qu'on a suivi 100 % de mes expertises pendant douze ans, y compris quand j'étais désignée en contre-expertise à la demande d'un avocat – un doute pouvant exister, parfois, concernant la première expertise.

Aujourd'hui, alors que je suis amenée à lire un grand nombre d'expertises qui proviennent de toute la France, je constate également que les propositions des experts sont très largement suivies, puisque les parents m'envoient les décisions. Le magistrat n'est absolument pas tenu, légalement, par les conclusions de l'expert, mais force est de constater qu'il les suit quasiment systématiquement. Donc une expertise, qu'elle soit bien ou mal faite, aura des

conséquences immenses sur l'avenir de l'enfant, sur sa sécurité affective, son développement psycho-affectif, sa sécurité physique, sur tout.

Dans le cas d'une suspicion d'inceste parental, le plus souvent, les magistrats vont être amenés à se prononcer après avoir demandé des expertises. En effet, les révélations concernant l'inceste parental surviennent très souvent dans un contexte de séparation parentale – c'est très documenté aujourd'hui. Elles peuvent avoir lieu un peu avant la séparation, pendant la procédure, mais aussi après. Lorsqu'une séparation survient, des enfants qui subissent des violences de la part de l'un des parents peuvent se sentir tout à coup plus en sécurité pour parler à l'autre parent, et force est de constater que cet autre parent est en général la mère – bien que la situation inverse existe aussi.

En conséquence, le premier juge qui aura à trancher ce type d'affaires, et qui a un énorme pouvoir sur la protection de l'enfant, est le juge aux affaires familiales (JAF). Or ce juge est tenu par la loi du 4 mars 2002, qui favorise clairement le maintien des liens familiaux et la coparentalité. Cela peut être une bonne chose dans un certain nombre de situations mais, dans le cas des violences et de dévoilements en cours, c'est un drame. Le plus souvent, le juge aux affaires familiales n'appliquera pas le principe de précaution si des violences sur l'enfant sont alléguées, à moins qu'une expertise n'indique explicitement qu'il faut le faire. Le juge des enfants est aussi bien souvent convié dans ces affaires. Il est saisi soit par l'un des parents, soit par le procureur de la République, après un ou plusieurs signalements, soit à la suite d'une information préoccupante analysée par les services sociaux à la demande des Crip (cellules départementales de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes).

Il est regrettable de constater que, malheureusement, ces affaires sont souvent analysées comme relevant d'un conflit parental et non d'une violence effective ou de risque de violences sur l'enfant. Ce qui apparaît au sommet de l'iceberg à ces magistrats, très souvent, c'est le conflit. Mais il faut savoir ce qu'il y a derrière, en particulier si des violences sont commises, et il n'est pas si simple de les détecter. Les violences conjugales sont un facteur de risque énorme en matière de violences incestueuses, et de violences en général sur les enfants. Même si une condamnation a été prononcée – je ne parle pas d'allégations – pour des violences conjugales, voire quelquefois pour des violences sur les enfants, on parle quand même de coparentalité. Or comment voulez-vous maintenir une coparentalité lorsqu'un des parents est violent ? Ça ne peut pas fonctionner. Là encore, si le juge des enfants demande une expertise psychiatrique ou psychologique, les conclusions de celle-ci seront déterminantes pour les décisions de protection de l'enfant.

Un troisième juge est souvent convoqué : le juge d'instruction. Si une plainte de l'un des parents est déposée contre l'autre parent pour des violences sur l'enfant, et que cette plainte parvient à dépasser le classement sans suite – ce qui, vous le savez, est très rare – ou qu'il y a une constitution de partie civile qui entraîne, malgré tout, la nomination d'un juge d'instruction, là encore, l'expert psychiatre ou psychologue va être sollicité. Et comme les violences sexuelles sur les enfants sont particulièrement difficiles à prouver par des examens médicaux, parce qu'il y a peu de blessures physiques, et que lorsque des enfants sont blessés, la cicatrisation est parfois très rapide, c'est le rapport psychiatrique ou psychologique qui va être déterminant.

Or, s'il n'a pas de pratique auprès d'enfants, s'il ne s'est pas formé aux signes cliniques de syndrome psychotraumatique chez l'enfant – l'adulte et l'enfant présentent des signes distincts –, s'il ne sait pas analyser les troubles de l'interaction parents-enfant – ce qui nécessite des observations très fines –, l'expert ne sera pas en mesure de fournir des conclusions valables,

susceptibles d'éclairer tous ces magistrats, afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées, compatibles avec l'intérêt supérieur de l'enfant.

Ensuite, vous nous avez demandé à quelles normes professionnelles doit répondre la réalisation de ces expertises, notamment s'agissant d'enfants, et comment est appréciée et contrôlée la qualité des expertises réalisées. Précisément, la justice manque de normes pour apprécier leur validité. Les services judiciaires valident l'inscription du psychiatre ou du psychologue sur les listes d'experts et les magistrats désignent ensuite un expert donné dans une affaire donnée. Le médecin ou le psychologue a alors un statut dit d'auxiliaire de justice et il est rémunéré par celle-ci. Ce n'est que tout récemment, c'est-à-dire depuis un décret de 2023, qu'une formation préalable est exigée avant une inscription sur les listes, mais il s'agit le plus souvent d'une formation généraliste qui vise essentiellement à présenter aux futurs experts le système judiciaire.

Du fait de cette absence de normes, des psychiatres d'adultes ou des psychologues qui n'ont aucune formation ni pratique auprès d'enfants sont nommés pour effectuer des expertises d'enfants ou de familles. La problématique est accentuée par un problème bien français, parce que, contrairement aux directives européennes, la France ne dispose que d'un seul diplôme d'État qui est commun à la psychiatrie d'adultes et à la psychiatrie d'enfants. Ainsi, seule une pratique et une expérience longue dans des services de pédopsychiatrie peuvent permettre de distinguer les psychiatres d'adultes des psychiatres d'enfants. Il existe un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC), mais qui n'est pas un diplôme d'État.

Ainsi, à ma connaissance, et alors que la pédopsychiatrie constitue bien l'une des rubriques de listes d'experts, un psychiatre n'a pas besoin de justifier d'une expérience auprès d'enfants ni d'être titulaire du DESC de pédopsychiatrie pour être inscrit sur les listes d'experts des enfants et des familles. Notons tout de même que les diplômes de pédopsychiatre et de psychiatre d'adultes sont distincts partout ailleurs en Europe. Cela répond à une logique de fond, car il s'agit de deux métiers très différents, de pathologies, de pratiques et d'enjeux différents.

Le second point d'achoppement est la pénurie médicale qui sévit partout en France mais qui atteint un niveau extrême concernant les pédopsychiatres. Nous sommes environ 600 à être répertoriés dans toute la France et notre moyenne d'âge est de 62 ans, c'est-à-dire 7 ans de plus que la moyenne d'âge des autres médecins. Donc, vous voyez ce que ça va donner. Dans nombre de départements, ce sont essentiellement des psychologues qui sont désignés pour effectuer les expertises qui étaient classiquement attribuées à des médecins. Or la situation est encore plus délicate les concernant. Il y a un titre commun de psychologue en France, qui n'établit pas de distinction entre adultes et enfants. Toutefois, chaque université peut dénommer son master un peu comme elle l'entend – il n'y a pas d'uniformité à l'échelle nationale. On trouve donc, quelquefois, une mention relative à la psychopathologie de l'enfant, mais c'est au bon vouloir de l'université, et cela ne garantit en rien une formation suffisante pour expertiser des enfants. Dès lors, on pourrait considérer que, à l'instar d'un psychiatre, un psychologue est apte à effectuer des expertises impliquant des enfants à partir du moment où il peut justifier d'un nombre substantiel d'années de travail dans des services de pédopsychiatrie.

En tout état de cause, il n'y a pas de contrôle de la qualité des expertises, qu'elles soient médicales ou psychologiques. J'ai travaillé dans un pays où il existe des services de psychiatrie forensique. En France, nous n'en avons pas. Le service de psychiatrie forensique organise une supervision des experts débutants, par exemple – ce qui est essentiel, qu'ils soient pédopsychiatres ou psychologues. Il existe aujourd'hui quelques formations inégales

organisées par les universités ou les compagnies d'experts mais elles ne donnent pas lieu à la délivrance d'un titre universitaire et ne peuvent, à elles seules, garantir la qualité des expertises. Bien entendu, les magistrats ne sont pas à même d'évaluer une expertise, dans la mesure où cela ne relève pas de leur formation.

Il en résulte que l'expertise d'enfant, qui est une discipline particulièrement complexe, est confiée à des diplômés de psychiatrie ou de psychologie essentiellement sur la base du volontariat, dans un contexte de grande pénurie pédopsychiatrique, alors même que le volontariat n'implique pas toujours la volonté ou la possibilité de se former correctement à ce travail. C'est aussi pour ces raisons que nous avons rédigé cet article et que nous avons voulu dresser un bilan des bonnes pratiques pédopsychiatriques et psychologiques concernant les expertises d'enfants et de familles. Nous nous sommes appuyés pour cela sur une pratique clinique ancienne. Nous sommes tous de vieux pédopsychiatres et psychologues d'enfants. Les données actuelles ne sont pas celles que nous avions il y a trente-cinq ans, quand j'ai commencé ma carrière de pédopsychiatre. Il faut donc se tenir au courant, lire des articles.

Ensuite, vous nous avez demandé quelles sont les conditions minimales, à notre avis, pour qu'une expertise d'enfant soit valable. Dans la mesure où cela correspond exactement au contenu de notre article, je serai assez brève. Concernant les experts, nous préconisons une expérience professionnelle clinique directe de plusieurs années avec des enfants et des familles, incluant des suivis longs, ainsi qu'un savoir théorique en pédopsychiatrie ou en psychologie de l'enfant – suivant que l'on est pédopsychiatre ou psychologue –, donc une lecture constante et critique d'articles scientifiques concernant les enfants, en particulier leur développement psycho-affectif.

S'agissant du cadre des consultations d'expertise, nous préconisons des choses qui semblent évidentes, mais qui ne sont souvent pas du tout suivies. Il faut recevoir l'enfant seul, mais aussi avec chacun de ses parents. Il convient également de recevoir individuellement chaque parent seul et d'interroger ses dires par rapport à ceux de l'autre parent. Il ne s'agit pas d'écrire, dans une expertise, « monsieur dit que » ou « madame dit que » : il faut interroger monsieur ou madame en disant « monsieur, madame dit que, qu'en pensez-vous ? » Cela va nous donner des éléments.

Il faut aussi disposer d'un matériel de jeu et de dessin permettant à l'enfant de s'exprimer – cela relève pour moi de l'évidence. J'ai vu une expertise au cours de laquelle une psychologue s'adressait à une petite fille de 3 ans, assise en face d'elle, derrière un bureau, et lui disait : « Alors, mademoiselle X, comment est l'école ? »

Il importe également de prêter attention à l'heure des consultations, à la personne qui amène l'enfant et à ce qui se passe en salle d'attente : ce sont des facteurs qui peuvent beaucoup influencer sur la manière dont l'enfant va s'exprimer. L'heure des consultations, cela paraît peut-être idiot, mais un enfant de 4 ans qui est reçu à midi et demi, ça ne va pas ; un enfant d'âge primaire, de sixième, de collègue qui est reçu à vingt heures trente, comme je l'ai vu au cours de certaines expertises, ça ne va pas non plus.

Concernant les éléments hors consultation d'expertise, nous préconisons des choses très particulières. La première d'entre elles est la consultation par l'expert de toutes les pièces du dossier, des pièces judiciaires qui sont confiées par le magistrat, et une analyse de celles-ci en nous mettant dans une position de thérapeute psychiatre. On doit mettre en lien le contenu de nos analyses avec les observations que l'on a faites. On peut aussi demander d'autres

documents aux parents, car cela peut se révéler très utile, et on doit signaler quels documents nous avons consultés.

L'autre point essentiel est le contact avec les professionnels qui participent à la prise en charge de l'enfant : enseignants, éducateurs, psychologues, médecins. Ces contenus doivent eux aussi être analysés et mis en relation avec les observations des consultations d'expertise. Vous comprenez que tout cela demande beaucoup de temps. Je reviendrai sur la question des médecins, puisque vous nous avez demandé dans quelle mesure les médecins traitants nous répondent.

Concernant le contenu de l'expertise, plusieurs points nous paraissent très importants. Il faut classiquement que l'expert recueille des éléments d'anamnèse, relatifs à l'histoire de chaque parent et de l'enfant et à l'histoire de son développement. Très souvent, pour les jeunes enfants – le docteur Pierson-Berthier vous en parlera – nous consultons le carnet de santé et d'autres éléments que l'on peut demander et que les parents, en général, nous fournissent. Mais la lecture de tous ces documents prend du temps. On doit aussi mener des observations cliniques, dans les situations que je vous ai décrites, avec du matériel adapté à l'enfant. On doit évaluer le mode d'interaction entre chaque parent et l'enfant, mais pas toute la famille ensemble.

Une fois qu'on a tout cela, il convient d'adopter un raisonnement hypothético-déductif, qui constitue le corpus de l'expertise pédopsychiatrique. Or celui-ci était absent de la majorité des expertises que j'ai pu consulter. Ce raisonnement consiste à présenter toutes les hypothèses possibles, car il s'agit de cas compliqués. Une interaction familiale, un système familial est complexe. On peut, surtout dans le cadre d'une consultation de courte durée, avoir plusieurs hypothèses. Il faut absolument, à notre sens, présenter toutes les hypothèses et dire ce qui nous a conduits à en privilégier une plutôt qu'une autre. C'est un travail très long qui nécessite beaucoup de savoir-faire et de connaissances : c'est à ce prix seulement que nous pourrions offrir des expertises de qualité qui éclairent réellement les magistrats.

J'en viens aux dysfonctionnements que nous constatons. Vous nous demandez s'il arrive que des expertises soient rendues sans entretien avec l'enfant ou à l'issue d'un très court entretien. C'est le cas, en effet, vous le savez : plusieurs personnes ont dû vous le dire. Nous trois, ici présents, avons vu mener des expertises sans rencontre de l'enfant. Il est extrêmement douloureux pour nous de constater que des expertises peuvent être réalisées de cette manière.

Je vous citerai trois cas. Dans le premier cas, une expertise psychologique, puis une expertise psychiatrique ont été demandées, à deux ans d'intervalle, par un juge aux affaires familiales. Une première expertise psychologique a été rendue sans que la mère ni aucun des quatre enfants n'aient été reçus. La psychologue n'a rencontré que le père et a conclu sur les seuls dires du père que la mère posait problème et empêchait le père d'avoir accès aux enfants. Sur la base de cette expertise « familiale » – j'emploie des guillemets –, la garde a été transférée au père.

Admettons que la psychologue ait eu du mal à rencontrer la mère et les enfants – il arrive en effet que l'on peine à rencontrer les gens, bien que cela ne soit pas très fréquent : il lui appartenait alors, après avoir fait tous les efforts nécessaires pour rencontrer l'ensemble des protagonistes, d'expliquer au magistrat pourquoi elle ne pouvait pas se prononcer sur la situation de cette famille et encore moins émettre des suggestions sur le mode de garde dans l'intérêt des enfants. On peut également s'interroger sur la réaction du magistrat, qui a ordonné l'expertise de l'ensemble d'une famille et qui estime recevable, sans émettre aucune objection,

le rapport qui lui est soumis, bien qu'une seule personne ait été examinée. Cette même magistrate a décidé du mode de garde de quatre enfants, dont un bébé de 14 mois qui était encore allaité, sur la base de ce seul rapport incomplet. C'est d'autant plus surprenant que les deux aînés avaient dénoncé des violences physiques et sexuelles du père lors d'un interrogatoire Mélanie extrêmement bien fait, au cours duquel avait été appliqué le protocole Nichd, qui est reconnu internationalement.

Deux ans plus tard, alors que les enfants sont placés sous la garde du père, la mère ne les voit plus qu'en visite médiatisée. Une expertise psychiatrique est cette fois demandée. Tout le monde va être reçu par le psychiatre nommé par le juge aux affaires familiales. Or les conditions de cette expertise, que j'ai lue aussi, interrogent. Les enfants, qui ont à ce moment-là entre 3 et 12 ans – et qui ont donc des niveaux de développement très différents – ont été reçus tous les quatre ensemble. Le père, lui, a été reçu seul, mais jamais en présence des enfants. Chaque parent a été reçu séparément, mais le père sur un temps double de celui de la mère. Un diagnostic psychiatrique a été donné au sujet de la mère, essentiellement sur la base des propos du père. C'est dans le rapport, je ne l'invente pas. Sans entrer dans les détails, le diagnostic psychiatrique de la mère, dont l'établissement est particulièrement complexe, figure depuis peu de temps dans les classifications internationales des troubles mentaux. Je me suis beaucoup intéressée à cette question et ai lu des études pour voir comment on diagnostiquait ce trouble précis, qui se trouve être un trouble dissociatif de l'identité. C'est très compliqué, cela ne se fait pas en une consultation.

De surcroît, ce psychiatre n'a pris aucun contact avec les professionnels que la mère connaissait – notamment un médecin traitant et une psychologue – et il a conclu à une dangerosité de la mère pour ses enfants du fait de cette pathologie psychiatrique. Aucun des enfants n'a été interrogé sur ce qui se passait avec le père, alors même que celui-ci avait été condamné par la justice pour des violences physiques qu'il avait reconnues sur ses enfants et qu'une seconde instruction était en cours au moment de l'expertise – l'expert le savait –, qui avait donné lieu à une mise en examen du père.

Vous voyez que les effets d'une expertise peuvent aller très loin. Sur la base de ces deux expertises, l'une psychologique, l'autre psychiatrique, les jugements successifs que j'ai pu consulter montrent que la mère, en moins de trois ans, a dû quitter la résidence principale puis a perdu les droits de visite et d'hébergement, et finalement l'autorité parentale. On est embêté de voir ce qu'a perdu la mère – c'est terrible – mais qu'en est-il des enfants ? Je rappelle que le bébé était allaité. La mère a porté plainte contre l'expert psychiatre devant l'ordre départemental des médecins, notamment pour examen non consciencieux des enfants et d'elle-même – ce qui apparaissait dans le rapport. Le conseil départemental n'a pas jugé utile, malgré les éléments figurant dans le rapport, de poursuivre l'expert. Et comme, statutairement, une expertise judiciaire est une mission de service public, la mère n'a pas pu porter l'affaire devant la chambre disciplinaire régionale puisque le conseil départemental ne l'a pas fait. Donc, il n'y a eu aucune suite ni même aucune instruction. Par ailleurs, il n'a pu y avoir de plainte disciplinaire contre l'expert psychologue puisque cette profession n'est pas dotée d'un ordre.

Dans la deuxième affaire, pas moins de trois expertises psychologiques ont été conduites en moins de cinq mois. La première a été demandée par le juge aux affaires familiales, la deuxième par le juge des enfants et la troisième par le procureur. Je connais encore mieux ce cas que le précédent. Il concerne une enfant dont la mère, deux ans après sa séparation d'avec le père, a porté plainte contre ce dernier à la suite de révélations faites par l'enfant de violences physiques et sexuelles de la part du père lors des week-ends que l'enfant passait chez lui. L'enfant a été entendue en protocole Mélanie relativement rapidement. Ce protocole a été

parfaitement appliqué – ce qui n’est pas toujours le cas –, et le protocole Nichd employé pour ne pas influencer l’enfant. La mère, dans cette affaire, a rapidement saisi le JAF pour obtenir une suspension des visites chez le père, ce qui est logique, avant d’adresser elle-même une information préoccupante à la Crip, pensant ainsi pouvoir protéger son enfant. Les conclusions des services sociaux qui ont instruit l’information préoccupante étaient déjà très défavorables à la mère – aucun psychologue n’est intervenu à ce stade – puisqu’elles évoquaient le fait que les propos de l’enfant accusant le père auraient été induits par la mère. La juge des enfants a été saisie sur cette base déjà orientée. Pourtant, je rappelle que l’enfant avait parlé dans le cadre d’un entretien Nichd et avait répété aux assistantes sociales mandatées par la Crip ce qui lui était arrivé, et ce de façon parfaitement cohérente.

À un mois d’écart, l’enfant et les parents feront l’objet d’une expertise de la part de deux psychologues successives – il y en aura une troisième –, la première mandatée par le juge aux affaires familiales, l’autre par le juge des enfants. La première psychologue a reçu la mère en présentiel et le père en visioconférence. Elle ne recevra jamais le père et l’enfant ensemble et conclura à l’existence d’une mère aliénante. La seconde psychologue, elle, a reçu la petite fille de 8 ans seule, à vingt et une heures un jour de classe. Or ne pas recevoir les dyades père-enfant et mère-enfant, c’est ne pas pouvoir évaluer les modalités de la parentalité. Et ce n’est pas non plus acceptable dès lors qu’un magistrat a demandé des conclusions concernant les modalités de garde.

Sur le fondement de ces deux expertises, la garde de l’enfant a été transférée au père qui, pourtant, pendant le temps de l’instruction – huit mois –, c’est-à-dire entre la première plainte de la mère et le transfert de garde, est parti à 500 kilomètres. Ainsi, en moins d’une année, l’enfant aura perdu sa mère, son cadre familial élargi – car des grands-parents étaient présents –, son école, ses amis, ses activités.

J’ajoute que, à la suite d’un nouveau signalement provenant de l’école, le procureur mandatera à son tour un psychologue – le troisième rencontré par l’enfant. Celui-ci, à qui l’enfant parlera également des violences sexuelles subies de la part de son père, ne recherchera aucunement les signes post-traumatiques – j’ai consulté le rapport –, mais fera passer à l’enfant un test de personnalité, alors que ce n’est en aucun cas pertinent pour repérer l’existence de violences subies. Le rapport d’expertise de ce troisième psychologue précise que ce dernier disposait de l’interrogatoire Nichd, mais qu’il n’a fait aucun lien entre celui-ci et son examen de l’enfant. N’y étant pas formé, il n’a pas non plus appliqué de protocole SVA sur cet interrogatoire. En définitive, l’affaire a été classée sans suite sur la base de cette expertise et, évidemment, de l’absence d’aveu du père.

Je précise que j’ai moi-même reçu en consultation l’enfant, la mère et le père, dans le cadre d’une évaluation et de soins, bien avant que les trois expertises psychologiques aient lieu. J’ai pu observer les interactions du père avec l’enfant et de la mère avec l’enfant. La petite fille présentait un syndrome post-traumatique typique, la mère n’avait aucun trouble psychiatrique, l’interaction mère-enfant était de bonne qualité sur le plan psychique, tandis que l’interaction père-enfant interrogeait par une froideur impressionnante du père et une crainte non voilée de l’enfant à son égard.

Je n’ai été contactée par aucun des trois psychologues experts, pas plus que ma consœur, car nous étions deux pédopsychiatres présentes : une praticienne beaucoup plus jeune que moi, qui travaillait dans un CMP (centre médico-psychologique), avait connu la petite fille un an avant moi et avait, comme moi, fait un signalement.

Aujourd'hui, l'enfant est adolescente. Elle vit toujours chez son père. Elle a des idées suicidaires quotidiennes. Elle est en échec scolaire, alors qu'elle était extrêmement brillante. Plusieurs autres signalements sont parvenus au procureur en poste dans la zone d'habitation du père ; sans suite. Un juge d'instruction a été saisi à la suite d'une constitution de partie civile, mais il n'a ordonné aucun acte d'instruction. La mère voit son enfant la moitié des vacances scolaires et elle est terrorisée à l'idée de perdre ce droit de visite et d'hébergement.

Il faut bien comprendre que c'est cela, la réalité des conséquences d'expertises de mauvaise qualité : ce ne sont pas que des papiers ou des dossiers sur les bureaux des juges. Voilà les conséquences de décisions judiciaires imprégnées du déni de l'inceste et de l'idéologie du syndrome de l'aliénation parentale. Derrière, c'est une vie d'enfant doublement massacrée : massacrée par les violences subies et massacrée par des décisions non protectrices. C'est insoutenable.

Le dernier exemple que je souhaitais présenter – j'aurais pu en citer des dizaines d'autres – devrait aussi beaucoup vous intéresser. Dans ce cas précis, une seule expertise psychiatrique a été demandée, par le père et non par le magistrat. En effet, des expertises judiciaires peuvent non seulement avoir lieu à la demande du juge, mais aussi d'une des parties, qui rémunère alors elle-même l'expert.

Dans la famille en question, il y a trois enfants. L'un d'eux, qui est très jeune – 3 ans –, a fait part à sa mère et à plusieurs professionnels de gestes de son père sur ses parties intimes lors de jeux particulièrement sexualisés. Dans un premier temps, après une évaluation complète demandée par le procureur et effectuée dans une Uaped (unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger), les enfants sont protégés, c'est-à-dire qu'ils sont confiés exclusivement à la mère par ce magistrat, puis par le juge des enfants que ce dernier a saisi. On peut alors se dire que c'est bien, que c'est adéquat – sans pour autant présumer de ce qu'a fait le père : il faut évidemment qu'il y ait une décision de justice sur ce point.

Cependant, la plainte de la mère est classée sans suite. Elle se constitue alors partie civile, mais l'enquête pénale n'avance pas vite. Après un an et demi, le père, qui est très avisé, demande une expertise privée à un psychiatre d'adultes, connu pour être un adepte du syndrome d'aliénation parentale. Ce psychiatre ne rencontrera jamais – jamais ! – aucun des trois enfants ni la mère. Il conclura au syndrome d'aliénation parentale et à la nécessité d'éloigner les enfants de la mère.

Le père saisit alors le juge aux affaires familiales en produisant cette expertise, qu'il adresse également au juge des enfants. Dès lors, les services sociaux, à qui l'expertise a aussi été communiquée et qui avaient jusqu'ici plutôt soutenu la mère, adhèrent à l'idée d'une mère aliénante et manipulatrice et interprètent toute action de sa part en ce sens. Sur la base de cette expertise privée, la garde sera transférée au père. Six mois plus tard, ce dernier est nommé en outre-mer et la juge l'autorisera à partir avec les trois enfants à dix ou quinze heures d'avion du domicile de la mère.

Comme dans le premier cas que j'ai exposé, une plainte a été déposée par la mère contre le médecin à l'origine de l'expertise devant l'Ordre des médecins. Le conseil départemental de l'Ordre, par lequel les parents doivent passer, n'estimera pas nécessaire de poursuivre le psychiatre, mais comme il s'agit d'une expertise privée, la plainte parviendra tout de même à la chambre disciplinaire régionale. Dans le jugement, que j'ai pu consulter, cette dernière estimera qu'il n'y a eu aucun manquement de la part de ce psychiatre. Pourtant, le code

de déontologie médicale indique clairement que poser un diagnostic sans un examen consciencieux des patients constitue un manquement – ce qui peut s’entendre.

Dans le questionnaire transmis en amont de cette audition, vous nous demandez si nous estimons souhaitable, voire indispensable, que les experts disposent d’une formation spécifique en pédiatrie, au recueil de la parole de l’enfant, en victimologie et en psychotraumatisme. Je précise d’abord que la formation ne devrait pas être en pédiatrie mais en pédopsychiatrie. Ensuite, comme nous l’avons indiqué, oui, nous estimons qu’il est indispensable que les médecins concernés justifient d’une formation et d’une pratique longues et spécifiques en pédopsychiatrie – tout comme les psychologues saisis devraient avoir une formation et une pratique longues en psychologie de l’enfant. Une formation spécifique complémentaire en victimologie et en psychotraumatisme de l’enfant serait évidemment un plus, car elle renforce la capacité à repérer les signaux parfois faibles et complexes d’un inceste, en vue d’en alerter les magistrats.

Ensuite, vous souhaitez savoir si nous rencontrons fréquemment des obstacles dans nos échanges avec les professionnels participant à la prise en charge de l’enfant au quotidien. Dans notre article, nous indiquons qu’une prise de contact de l’expert avec les professionnels qui connaissent l’enfant et les parents est indispensable. Par définition, le temps de l’expertise est bref et ces professionnels disposent d’éléments précieux.

Dans notre pratique de soignants, nous constatons cependant que nombre d’experts ne prennent pas le temps de ce contact – j’ai évoqué ces psychologues qui ne m’ont jamais appelée au sujet de cette petite fille partie vivre chez son père. Et dans notre position d’experts, nous avons noté que les médecins traitants – pédopsychiatres, médecins généralistes ou pédiatres – que nous pouvons contacter refusent trop souvent de nous répondre, au nom du secret médical et par crainte de poursuites devant l’Ordre des médecins. Les psychologues, qui n’ont pas d’ordre professionnel, n’ont pas cette peur et il est en général plus facile, en tant qu’experts, d’avoir un contact avec eux.

Je précise que nous comprenons cette crainte des médecins, qui nous semble fondée. En effet, la France est l’un des pays où le secret médical est le plus absolu : même le patient ne peut le délier. Il est donc compréhensible que les médecins hésitent et, bien souvent, refusent de parler à l’expert, même si le patient est d’accord, sachant que dans le cas d’un enfant, dès lors que l’autorité parentale est conjointe – ce qui est le cas le plus fréquent –, il faut l’accord des deux parents.

Pour la rédaction de notre article, nous avons été conseillés par un conseil départemental de l’Ordre, qui nous a proposé une manière de faire à destination du médecin traitant sollicité par un expert. Tous les détails figurent dans notre article ; je n’y reviens pas. Notons toutefois que ne pas répondre à un expert ne sera évidemment jamais reprochable à un médecin traitant, tandis que lui répondre comporte des risques.

Vous souhaitez également savoir comment les experts évaluent la cohérence et la crédibilité des déclarations des victimes. Depuis l’affaire d’Outreau, les protocoles de crédibilité sont déconseillés et accueillis avec méfiance en France, contrairement à ce qui se passe partout ailleurs, que ce soit en Suisse, au Canada, ou dans tous les pays européens. Cet aspect interroge car le protocole SVA est validé internationalement ; des centaines d’études ont démontré sa fiabilité pour évaluer les résultats du fameux entretien Nichd et ainsi fournir une deuxième sécurité. Nous considérons donc que sa non-utilisation – ou son utilisation dans de très rares cas – constitue une perte de chances pour les enfants victimes. Il est dommage de se

priver d'un protocole fiable et simple à appliquer. Nous conseillons donc son utilisation, même s'il ne saurait remplacer l'examen clinique de l'enfant par un médecin. En définitive, ce protocole serait un appui très important.

Vous demandez ensuite ce que nous pensons de la victimisation secondaire induite par certaines techniques d'expertise. Vous l'avez certainement compris, l'expertise est un exercice très délicat, susceptible d'être difficile à vivre pour les expertisés, notamment ceux porteurs de traumatismes, dont font évidemment partie les enfants ayant vécu des violences sexuelles incestueuses. Nous avons souligné ce risque de traumatisme secondaire dans notre article, tout comme la nécessité d'y être très vigilant. Cela étant, une expertise bien faite et respectueuse de chacun peut aussi être l'occasion d'une reconnaissance de souffrances, voire d'une meilleure compréhension de la situation par les victimes. Dans ma pratique, j'ai tenté, lors de chaque expertise, d'être attentive à cette possible victimisation secondaire. C'est une vraie question.

Enfin, vous demandez si nous serions favorables, comme certaines associations le proposent, à ce que les entretiens soient filmés. Cela ne nous semble pas adéquat. En effet, une expertise n'est pas une audition de police et ne poursuit pas les mêmes buts. D'ailleurs, les enregistrements des entretiens Nidch ne sont que très peu utilisés. De plus, à qui et à quoi serviraient ces captations d'expertise ? Car l'interprétation de ce qui se déroule lors d'une expertise ne peut être faite que par des professionnels : des pédopsychiatres ou des psychologues pour enfant compétents dans ce domaine. Selon nous, les fournir à l'état brut aux parties et aux avocats risquerait d'aboutir à une foire d'empoigne peu constructive. J'ajoute que l'enregistrement d'une consultation d'expertise pourrait aussi desservir les expertisés, avec la divulgation d'éléments de vie privée qui ne concernent pas la procédure. Enfin, s'il s'agit de pouvoir remettre en cause une expertise, une analyse du rapport par un pédopsychiatre habitué aux expertises d'enfants est à notre sens suffisante. Je parle là de commentaires d'expertise par des pédopsychiatres seniors. Ainsi, la relecture et le commentaire d'expertise nous paraissent être une piste beaucoup plus intéressante à creuser que l'enregistrement vidéo des consultations d'expertise.

J'en arrive aux propositions concrètes, étant précisé que j'ai essayé de garder un certain bon sens dans ce qui est réalisable. À cet égard, trois de nos préconisations me semblent facilement applicables, avec votre intervention.

Vous l'avez compris, la problématique des expertises pédopsychiatriques et psychologiques d'enfants est structurelle. Il y a un manque de pédopsychiatres ; un manque de formation spécifique à l'expertise d'enfants, qui demande des compétences complexes ; un manque global d'experts, dont le nombre ne cesse de baisser. En outre, la grille de rémunération des experts judiciaires est peu compatible avec l'intensité de la responsabilité et le niveau de compétence souhaitable.

De fait, les expertises se trouvent au carrefour de toutes les crises : celles de la santé et plus particulièrement de la pédopsychiatrie, celle de la justice et celle de la société en général, qui peine à reconnaître la parole des victimes, particulièrement lorsqu'il s'agit d'enfants. En effet, si la parole des femmes commence tout doucement à être entendue, celle des enfants ne l'est pas du tout – et je pèse mes mots. Il existe des mécanismes de déni sociétal intense vis-à-vis de l'ensemble des violences faites aux enfants, déni auquel n'échappent ni les magistrats ni nombre d'experts. Et parmi toutes ces violences, l'inceste est la plus tragique et la plus déniée – l'inceste parental faisant encore grimper plusieurs barreaux dans l'échelle des dénis.

Nos propositions, du moins les trois premières, seraient faciles à appliquer.

D'abord, il est très important d'informer les magistrats et les avocats sur le cadre indispensable et le contenu minimum que doit comporter une expertise d'enfant et de famille. C'est l'objectif de notre article, en plus d'aider à la formation des plus jeunes psychiatres et psychologues.

Dans la continuité de ce premier élément, on peut se poser la question d'éventuellement rendre opposables des pratiques de base, comme celles que nous avons décrites dans notre article. Ce n'est bien sûr pas en notre pouvoir, et il faut avoir en tête que ce ne serait pas suffisant ; mais cela pourrait constituer une base.

Un autre point, qui ne serait en rien difficile à mettre en œuvre, est la vérification de l'existence réelle d'une pratique auprès d'enfants des psychiatres et psychologues recrutés comme experts de justice ; nous la conseillons vivement. Une expérience de dix années serait souhaitable, mais cinq ans en pédopsychiatrie à voir des enfants, ce serait déjà pas mal. En effet, aurait-on l'idée de faire opérer une cataracte par un chirurgien orthopédique ? Or c'est un peu ce qu'on fait en confiant des expertises d'enfants et de familles à des psychiatres ou des psychologues qui ne s'occupent que d'adultes. Il s'agit du point le plus important et la base de tout.

Deux autres éléments nous paraissent très importants.

Le premier est la formation spécifique à l'expertise d'enfants. En effet, s'il est très important que cette expertise revienne à des pédopsychiatres et à des psychologues d'enfants, ce n'est pour autant pas suffisant. Or nous avons là un problème, car il n'existe qu'une seule formation de ce type en France : celle dont le docteur Berger a parlé, en l'occurrence le diplôme universitaire (DU) qu'il a créé avec le docteur Gérard Lopez et qui est en train d'être transféré dans une autre université que Paris-Cité. En réalité, la formation obligatoire des experts telle qu'elle existe actuellement est assurée par des psychiatres d'adultes, et l'expertise d'enfants y est réduite à la portion congrue. Le docteur Berger répondra à vos éventuelles questions sur ce point, mais force est de constater qu'aujourd'hui il n'y a que cet unique DU.

Enfin, le dernier point porte sur la formation des magistrats qui, je le rappelle, ne sont ni des pédopsychiatres ni des psychologues d'enfants. Il peut donc leur être difficile de repérer si une expertise est valable ou non. Notre article peut les y aider. Cependant, il faut savoir que, même hors de toute expertise, aussi bien les jugements civils des juges aux affaires familiales et des juges des enfants que les rapports sociaux qui leur sont destinés sont très fréquemment empreints de l'idéologie du syndrome d'aliénation parentale. Pourtant, une circulaire de 2019 les met en garde contre cette pseudo-notion très dangereuse, tandis que l'ONU et le Conseil de l'Europe ont également alerté contre les dangers liés au SAP et à d'autres notions connexes aussi peu étayées scientifiquement et apparues depuis qu'il ne faut plus parler du syndrome d'aliénation parentale. Je pense ici aux notions de mère trop fusionnelle ou de conflit parental extrême, au syndrome de Münchhausen, ou au conflit de loyauté mal employé.

À cet égard, il faut savoir que, pendant des années, des psychiatres d'adultes, tenants du syndrome d'aliénation parentale, ont enseigné à l'École nationale de la magistrature, ce qui explique pour partie la transmission de telles idéologies auprès des magistrats français. Là aussi, il nous semble indispensable que des pédopsychiatres et des psychologues d'enfants aguerris à la clinique de l'enfant – car il est sacrément difficile de voir des enfants maltraités – et avertis sur les drames de l'inceste parental, interviennent à l'ENM pour tenir un autre discours auprès des magistrats et futurs magistrats, plus conforme aux données actuelles de la science.

**Mme Myriam Pierson-Berthier, psychiatre spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ancienne experte auprès de tribunaux judiciaires.** Je vous remercie de votre invitation et, comme mes confrères, je commencerai par expliquer d'où je parle. Je suis médecin pédopsychiatre, détentrice de l'attestation de pédiatrie qui était délivrée dans le cadre de l'ancienne formation. Je suis ancienne experte près la cour d'appel de Nancy et auprès des tribunaux judiciaires de Carcassonne et de Narbonne. J'ai également été formée en thérapie systémique au Centre des Buttes-Chaumont, dont la directrice est Martine Nisse, connue pour ses travaux et pour l'ancienneté de ses publications sur les violences sexuelles commises sur les enfants ; ses consultations en témoignent.

J'ai exercé pendant trente-cinq ans dans un Camps (centre d'action médico-sociale précoce) structure qui accueille des enfants de 0 à 6 ans – ce qui induit un exercice clinique très particulier. J'ai travaillé dans des pouponnières, des centres maternels en périnatalité, des IME (instituts médico-éducatifs), des Sessad (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) et à l'Adsea (association départementale de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence) de Narbonne et Carcassonne.

Je suis désormais en retraite, mais active et occupée, puisque je continue de dispenser des formations et de participer à des colloques et à des publications. En 2022, j'ai publié le livre *Le Bébé maltraité se tait, mais il parle !*, un ouvrage qui est le témoignage de quarante ans de vie professionnelle et de découverte d'une clinique singulière : celle des violences sexuelles commises sur les bébés et les très jeunes enfants.

Je développerai les points particuliers de cette classe d'âge – étant entendu que je valide tout ce que mes confrères ont exposé sur les autres aspects.

Les personnes précédemment auditionnées ont certainement insisté sur ce point : les violences sexuelles sur les enfants et les adolescents sont un enjeu tout à fait sous-estimé, et ce encore davantage lorsqu'elles sont commises sur des bébés et de très jeunes enfants. Cette question fait partie de ce que j'appelle la clinique de l'impensable et des tabous.

Nous assistons à l'émergence de cas médiatisés et à l'amélioration très progressive de la connaissance d'une clinique spécifique par les professionnels. Cependant, encore en 2026, à chacune de mes interventions sur ce thème dans le cadre d'une formation ou d'un colloque, de nombreux professionnels – médecins, éducateurs, avocats, magistrats, professionnels de crèche, professionnels d'hôpital – me disent tout ignorer de cette clinique. Ils sont stupéfaits, sidérés, tout comme vous l'êtes vous-mêmes certainement en entendant nos discours, face à ce qu'ils découvrent et à la vastitude du problème que cela pose. Ils font le lien avec des situations qu'ils ont rencontrées au cours de leur exercice professionnel et témoignent d'une certaine confusion, voire d'une culpabilité, d'avoir méconnu ces situations et de ne pas avoir protégé les bébés et enfants qui ont défilé devant eux.

Dans la presse, on commence à entendre parler de violences sexuelles commises sur des bébés et de très jeunes enfants ; c'est très récent. Vous avez certainement suivi, l'année dernière, l'affaire des bébés du service de néonatalogie de Montreuil, violés et filmés par une infirmière. Les images ont été diffusées sur les réseaux sociaux par son concubin, futur père d'un bébé fait avec une autre femme. Il y a aussi le cas de l'Atsem (agent territorial spécialisé des écoles maternelles) de la région de Montpellier, qui a violé et touché au moins une dizaine d'enfants âgés de 3 à 6 ans dans une école maternelle. Et je pourrai aussi évoquer le scandale que vous connaissez des violences sexuelles commises sur de très jeunes enfants dans le cadre du périscolaire à Paris. Ce scandale a fait l'actualité pendant toute la campagne des élections

municipales, mais n'est pas propre à la seule Ville de Paris, et on ne sait trop quelle solution y sera apportée.

Ces révélations témoignent de l'ampleur du sujet, étant rappelé qu'elles ne disent rien des violences incestueuses qui, par définition, sont commises à l'intérieur de la famille. Les chiffres qui circulent sont en réalité inconnus et, je me permets de le dire, très largement sous-estimés.

Je le répète, qu'un bébé ou un jeune enfant puisse être victime de violences sexuelles est impensable et tabou – ça l'est encore davantage lorsqu'il est victime de ses parents ou de ses proches. Et je ne parle pas de l'augmentation exponentielle de la cyberpédocriminalité, qui s'appuie sur l'utilisation de bébés et de jeunes enfants, y compris au sein des familles. Des pères, des mères, des grands-parents, des oncles, des tantes alimentent en images les crimes commis en ligne ; les agents de l'Ofmin (Office mineurs) pourraient étayer mes propos.

Penser qu'un père, un grand-père, un oncle, un cousin puissent être auteurs de violences sexuelles, c'est déjà très tabou. Penser que des mères, des grands-mères, des tantes, des femmes, puissent être auteures de violences sexuelles sur les bébés et les jeunes enfants, sur leurs bébés et leurs enfants, c'est encore davantage tabou. Qu'il soit possible de commettre des viols, des attouchements sexuels, des violences sur des bébés ou des jeunes enfants, de les contraindre à des viols filmés et diffusés, à la cruauté et à la barbarie que cela impose à leurs petits corps, utilisés comme objets sexuels après que des parents ont été commandités en ligne, c'est impensable, mais réel et, hélas, très fréquent. C'est source de sidération et de déni.

Que des bébés et des jeunes enfants puissent subir des viols et des violences sexuelles en réunion, en réseau d'hommes et de femmes, parmi lesquels des parents, c'est impensable, mais cela existe, bien plus qu'on ne le pense – je l'ai rencontré personnellement.

Je ne saurai être exhaustive sur ces sujets, qui dépassent le cadre de cette commission d'enquête et parce que le temps imparti est limité. Je peux néanmoins témoigner du fait que les violences sexuelles sur les bébés et les très jeunes enfants concernent tous les milieux sociaux et que les auteurs appartiennent à toutes les catégories socioprofessionnelles, y compris celles impliquées dans la protection de l'enfance, dans les soins, dans les enquêtes, dans les évaluations. Je pense aux responsables de l'enfance et de sa protection. Je le redis : dans tous les milieux, dans toutes les professions, des hommes et des femmes sont impliqués dans ces crimes.

Ces différents impensables et tabous rendent compte des scotomes, des angles morts, des affaires volontairement étouffées, du déni, des inversions accusatoires et des propos si souvent entendus ou lus dans le cadre d'auditions ou d'évaluations par des policiers, des gendarmes, des avocats, des juges, des psychologues, des éducateurs, des médecins.

« Tu mens. » « Tu sais, c'est pas bien de mentir. » « Tu es bien sûr de ce que tu dis ? » « Tu es vraiment sûr ? » « Tu n'as pas gardé un petit secret dont tu voudrais me parler ? » « Tu sais que tu peux envoyer ton père ou ta mère en prison avec ce que tu racontes ? » Je vous assure que tous ces éléments sont étayés par des choses que j'ai vécues, rencontrées ou lues. C'est ainsi que de nombreux professionnels parlent aux enfants, étant persuadés qu'ils mentent ou ne voulant pas entendre ce qu'ils disent, d'ailleurs le plus souvent de façon limpide, répétée, invariable. En effet, de nombreux professionnels demeurent persuadés, ou veulent faire croire, que les enfants mentent, en particulier les jeunes enfants. Je redis que je l'ai entendu ou lu de nombreuses fois de la part des professionnels que j'ai cités et plus généralement de nombreuses

personnes. Des enquêteurs, des magistrats, des experts sont persuadés qu'on ne peut auditionner ni expertiser un enfant petit. Un magistrat, pourtant averti, m'avait ainsi dit qu'on ne pouvait auditionner un enfant avant 7 ans. Tiens donc, mais pourquoi 7 ans ? Le fameux âge de raison...

On retrouve ces croyances chez de nombreuses personnes : chez les avocats, chez ceux qui défendent les auteurs, chez les éducateurs, chez les psychologues. Les petits, on ne les croit pas ! Pourtant, ceux qui travaillent depuis des années avec les petits et les très petits, et j'en fais partie – je n'ai fait que ça toute ma vie –, savent qu'il n'y a pas de personne plus sérieuse qu'un petit enfant. Ce sont des personnes très vraies, des personnes très fiables. Quant aux maltraitances qu'ils vivent, auxquelles ils sont soumis, ils les révéleront aux personnes en qui ils ont confiance.

Je me souviens d'une mère protectrice et d'un petit garçon de 2 ans qui révélait très clairement que son père le violait et l'attouchait, d'abord au cours de leur vie commune, puis lors des visites médiatisées. Ce petit de 2 ans disait : « Papa, bobo fesses, moi mal. » Il le répétait en boucle et avait de nombreux troubles du comportement associés, de nombreux symptômes. La psychologue de l'enquête sollicitée par le magistrat avait accueilli la mère et le petit garçon avec ces mots : « Maintenant ça suffit : moi, neuf cas sur dix dans mes dossiers ce sont des violences sexuelles. » C'est absolument inadmissible ! Vous imaginez l'état dans lequel elle va poursuivre l'enquête qui lui est confiée ? Elle organisera une rencontre en visioconférence entre le père et l'enfant alors que le magistrat ne l'y avait pas autorisé et elle conclura en demandant des droits de visite et de séjour chez le père – le tout dans un contexte de violences conjugales pas du tout exploré et avec un biais flagrant pour le père, en disqualifiant la mère. Ce n'est qu'un cas parmi toutes les expertises que j'ai lues.

Ces préjugés, cette ignorance ou même ces identifications aux agresseurs vont avoir de graves conséquences. Elles vont entraver l'écoute de l'enfant et du parent protecteur. Elles vont entraver l'exploration des signes et la lecture des documents. Elles vont conduire à ignorer les propos de l'enfant et du parent protecteur ; à ignorer les documents et examens apportés par ce même parent, au mépris des demandes du juge aux affaires familiales ou du juge des enfants. Elles vont conduire à ne pas faire examiner l'enfant, à ne pas évaluer dans ses relations avec chacun des parents et tout seul, alors que c'est explicitement demandé par les magistrats.

Ce déni peut parfois être lié à la connaissance des auteurs, à la connaissance des faits, voire à la participation criminelle de certains professionnels ; l'actualité est là pour nous le rappeler.

Venons-en aux expertises des bébés et des jeunes enfants. Tout ce qu'ont dit mes confrères avant moi, je le redis. Mais je veux plus particulièrement souligner les spécificités des expertises de cette classe d'âge. Réaliser une expertise de bébé ou de jeune enfant, c'est non seulement possible mais c'est nécessaire aux procédures. C'est possible dès la naissance et c'est nécessaire aux enquêtes et aux décisions de protection qui doivent en découler. C'est une évidence de le rappeler, mais c'est loin d'être la réalité pour tous les experts.

Je voudrais poursuivre en vous faisant part de ce que j'ai rencontré dans les cliniques et les analyses d'expertises, et dans ce que j'ai lu et entendu de la part de parents protecteurs qui ont fait appel à mes compétences pour pouvoir évaluer ce dont ils étaient victimes.

Une expertise doit d'abord, et c'est une évidence de le rappeler, respecter toutes les missions qui sont demandées par le magistrat ordonnateur. Or c'est loin d'être le cas. Pour

plusieurs experts, on voit seulement des évaluations de celui qui est mis en cause, avec parfois beaucoup d'indulgence et de parti pris pour celui-ci et contre le parent protecteur.

Les aspects de violences conjugales sont le plus souvent non abordés et non envisagés ; ils sont pourtant très fréquemment corrélés aux violences sexuelles, notamment sur les petits.

L'évaluation du parent protecteur peut être partielle, orientée dès le début, à charge, et j'ai vu un certain nombre d'expertises dans ce sens ; une non-évaluation du bébé ou du jeune enfant à peine vu, parfois pas vu du tout, parfois non reçu ; peu ou pas de prise en compte des documents, et jamais du carnet de santé de l'enfant – je vais y revenir. Ces lectures sont exceptionnellement réalisées, voire pas du tout, alors qu'elles sont indispensables.

Une expertise de bébé ou de très jeune enfant doit obligatoirement être réalisée par un pédopsychiatre. Je souligne d'ailleurs que les magistrats demandent des expertises médico-psychologiques et que je suis toujours très étonnée de constater le manque de la part médicale dans les expertises. Les pédopsychiatres ou les psychologues cliniciens doivent avoir déjà – et j'insiste, pour confirmer ce que disent mes confrères – plusieurs années d'expérience clinique et très bien connaître la clinique des petits et des bébés, tant cette pratique est spécifique.

Avoir fait des études de médecine et suivi des modules de pédiatrie, voire fait des passages en pédiatrie – un argument que j'ai déjà entendu en défense – ne suffit pas du tout : on ne parlait pas du tout des violences sexuelles subies par les enfants et les bébés, et encore maintenant je ne suis pas sûre qu'on en parle. On n'en parlait pas non plus durant nos validations de spécialité. Personnellement, comme pédopsychiatre, je n'avais jamais entendu parler de violences sexuelles sur les bébés et les enfants. Par contre, j'ai beaucoup entendu parler de fantasmes, œdipiens notamment, de mères hystériques, etc.

En témoignent aujourd'hui nombre de professionnels, médecins, psychologues, éducateurs, qui pendant leur formation, leurs études, n'ont jamais entendu parler de cette clinique – et n'en entendent toujours pas parler. Éventuellement, ils ont un petit peu entendu parler des violences sexuelles et de leur clinique sur les plus grands, les adolescents, mais jamais sur les petits et encore moins sur les bébés.

Personnellement, je l'avoue, j'ai hélas ignoré cette clinique pendant plusieurs années au début de ma vie professionnelle. C'est en travaillant au Camsp et à la pouponnière, au centre maternel, en néonatalogie, en croisant la clinique des petits enfants que je recevais en consultation puis celle des expertises de mineurs victimes que je faisais, que j'ai découvert cette clinique et que je l'ai de mieux en mieux connue. J'ai découvert ces comportements, ces interactions si caractéristiques entre les auteurs, les enfants et les bébés, les stratégies des auteurs, la fréquence de l'implication des mères et des femmes dans les violences sexuelles sur les bébés et les jeunes enfants. D'ailleurs, même quand elles sont dénoncées par les enfants – et même quand je mets, dans mes comptes rendus d'expertise, que les enfants parlent de leur mère auteure –, elles ne sont jamais mises en cause, convoquées ou condamnées, ou le sont exceptionnellement.

J'ai cherché, j'ai lu, je me suis formée à la clinique systémique en criminologie, à la clinique des auteurs, notamment auprès des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs) qui, actuellement, sont de très bons formateurs dans ce domaine. Je me suis formée à la clinique des troubles neurobiologiques, neurocérébraux et immunologiques, conséquences des violences sexuelles et des psychotraumatismes qu'elles génèrent à 100 %.

Il est nécessaire également d'avoir des connaissances solides du développement psychomoteur, interactif, psychoaffectif du bébé et du jeune enfant ; de connaître parfaitement les notions d'attachement – en particulier celui de base, dit sécure, à la figure d'attachement qui est le plus souvent la mère, le père venant en second. Il faut aussi connaître les dispositions maternelles normales qui préparent une femme enceinte, une future mère, durant sa grossesse et les premiers mois et années de la vie de son bébé, à s'ajuster au mieux à ses besoins. C'est ce que Winnicott a appelé la préoccupation maternelle primaire. Cette disposition physiologique existe chez toutes les mères qui sont aptes à devenir mères.

C'est une zone de confusion savamment entretenue par les auteurs de violences et par certains experts qui vont valider ainsi les affirmations de mères fusionnelles, de mères protectrices, de mères folles, alors que le comportement de celles-ci est parfaitement adapté, renforcé par les violences révélées, souvent dans un contexte de violences conjugales.

C'est un comportement physiologique qui s'adapte aux besoins et à la protection des bébés, et à leur très grande dépendance. Par ailleurs, cet état qualifié de fusionnel ou de surprotecteur peut aussi être avivé par les séparations et par l'obligation de confier son bébé ou son jeune enfant à un parent décrit comme agresseur – voire de répondre à l'injonction de le confier complètement au mis en cause ou à un service gardien. On est alors en présence d'une injonction paradoxale qui pourrait s'énoncer ainsi : « Tu constates que ton enfant, ton bébé, est victime de violences sexuelles criminelles répétées de la part de son père ou de son grand-père. Tu es obligée de le confier à l'agresseur, sinon tu fais preuve de mauvaise volonté ; sinon tu n'es pas une bonne mère, tu es une mauvaise mère. »

Cet état de détresse normal face à une séparation anormale va justifier des propos aberrants, dans une logique d'inversion des fautes si fréquente chez les agresseurs et chez ceux qui adhèrent à leur discours. Ces inversions accusatoires, reprises notamment par certains experts ou juges, reposent sur une ignorance de la physiologie et de la psychopathologie des liens avec les bébés et jeunes enfants, alors que les constats caractérisent au contraire de bonnes aptitudes, des réactions normales, adaptées, des parents protecteurs face à la situation de détresse qu'ils vivent avec leur bébé ou leur enfant. C'est d'ailleurs l'inversion qui questionne.

Il est nécessaire aussi, pour les experts, de connaître parfaitement les liens entre le corps et le psychisme – la clinique psychosomatique, si importante chez les petits et chez les bébés mais aussi chez les plus grands, dans le domaine psychotraumatique – et comme corollaire, l'impact immédiat des violences sexuelles sur l'état de santé du bébé et du jeune enfant.

De nombreuses publications existent pour le valider, et je l'ai abondamment illustré dans mon livre, *Le Bébé maltraité se tait, mais il parle !* Ces constats doivent être étayés par une étude minutieuse et chronologique du carnet de santé du bébé ou de l'enfant car celui-ci raconte littéralement, lorsqu'il est correctement rempli, la biographie de l'enfant, les traumatismes qu'il vit, ou alors son développement harmonieux et conforme. L'étude Pegase – protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance –, menée dans cinq départements et fort intéressante, valide largement cet impact.

L'expertise du bébé et de l'enfant devrait obligatoirement comporter l'étude minutieuse du carnet de santé, de tous les certificats, examens et analyses le concernant. Des mères et des pères protecteurs ayant lu mon livre ont reconnu les signes de violences sexuelles subies par leur bébé ou leur enfant ; ils m'ont contactée et ont fait parvenir à leur avocat les

éléments probants. Des avocats pénalistes les défendant m'en ont également parlé et ont eux aussi découvert l'importance de cette clinique et de ces éléments de preuve.

Cette analyse du carnet de santé n'est quasiment jamais réalisée par les experts psychiatres. Il faut rappeler que c'est un document médical qui ne peut être légalement consulté que par des médecins et des paramédicaux. Je veux souligner que, au cours des 300 à 400 expertises que j'ai réalisées, je n'ai jamais été confrontée à un refus de l'apporter.

À ce sujet, il conviendrait de prévoir un carnet de santé qui pourrait être systématiquement rempli par les professionnels de santé, sans nécessiter de version papier, car les auteurs de violences ont bien compris l'importance de ce document : ils détruisent, raturent, perdent le carnet de santé, en arrachent les éléments importants, oublient systématiquement de l'apporter aux consultations.

La connaissance du psychotraumatisme et de ses conséquences est également indispensable à la clinique et à l'expertise. Le syndrome psychotraumatique et la mémoire traumatique qu'il développe existent chez le bébé et chez le jeune enfant. Ils auront des formes particulières, un peu différentes de celles de l'enfant plus grand, dans la mesure où les structures qui sont impliquées dans la constitution du syndrome psychotraumatique et de la mémoire traumatique ne seront achevées qu'à 6 ans. Il y a 100 % de psychotraumatismes chez les victimes de violences sexuelles – les publications abondent à ce sujet – et donc 100 % de psychotraumatismes dans les cas d'inceste. Ce constat est abondamment décrit dans la littérature internationale. Le nier est une preuve grave d'ignorance préjudiciable aux victimes.

Les éléments liés au traumatisme se traduisent par des symptômes et des troubles du comportement dans les différents domaines de la vie du bébé et de l'enfant, que je détaillerai un peu plus tard.

Cela m'amène à la nécessité, dans les expertises du bébé et de l'enfant, d'explorer les habitudes de vie – appétit, sommeil, propreté, autonomie, socialisation, rituels – et leurs modifications récentes et soudaines, qui sont très souvent absentes des expertises, notamment de celles réalisées par des psychiatres d'adultes ou par des psychologues non cliniciens et non formés.

C'est un peu comme si vous vous rendiez à une consultation de gastro-entérologie et que le médecin spécialiste ne vous posait aucune question sur votre appétit, votre poids, vos douleurs, votre transit, la date d'apparition des signes ; qu'il ne faisait aucun examen complémentaire, ne regardait pas les examens que vous avez apportés et posait un diagnostic sans même vous examiner. Vous conviendrez que c'est aberrant ; ça l'est autant pour les petits.

Une exploration fine et précise de la clinique, du carnet de santé et des différents examens antérieurs à l'expertise est ainsi indispensable, mais exceptionnellement réalisée.

J'en viens à la question du mensonge des petits. Je vous l'ai dit tout à l'heure : il n'y a rien de plus important que les propos et les déclarations d'un petit. Les allégations de mensonges, si fréquentes chez les auteurs, chez ceux qui les protègent, chez ceux qui ne sont pas formés à cette clinique si spécifique, vont totalement à l'encontre de ce que font les petits.

Je peux affirmer ici que les petits ne mentent pas. Pour moi, ils ne mentent jamais. Ils disent avec leurs mots à eux, qui sont d'ailleurs caractéristiques et sont un indice de vérité. Ils ne mentent pas car ils ne connaissent rien des expériences sexuelles auxquelles on les soumet.

Ils ne connaissent rien des organes génitaux adultes et de la sexualité adulte, et n'en connaîtront rien avant longtemps.

J'ai entendu une substitut des mineurs, au cours d'une journée de formation sur les violences sexuelles aux bébés et aux enfants, affirmer devant 300 professionnels que les enfants, surtout petits, mentent. J'étais horrifiée. Elle racontait l'exemple d'un petit garçon de 3 ans qui, avec beaucoup de courage, dit à son institutrice que son papa lui a « sucé son zizi ». Ce sont des mots classiques, des mots d'enfant. Le père de ce petit garçon est immédiatement mis en garde à vue et interrogé longuement. Jusque-là, c'est plutôt positif. Il nie absolument tout et l'enquête aboutit à un non-lieu. Et la substitut conclut que cela montre bien que les enfants mentent. Or il se trouve que les parents de cet enfant sont séparés et qu'il appelle « papa » son papa, mais aussi le concubin de sa maman. Et jamais cet homme-là n'a été inquiété ; et jamais on ne s'est enquis de savoir qui ce petit garçon appelait « papa ». C'est un exemple.

Quand un petit est auditionné et expertisé, il est indispensable de connaître les personnes qui habitent dans le lieu, la façon dont il les appelle, la façon dont il nomme les organes génitaux. Quelles connaissances a-t-il sur le plan anatomique ? Quel est le vocabulaire familial pour nommer les parties intimes des filles et des garçons ?

Ainsi, une petite fille de 3 ans dit : « Papa, il me demande de manger son pipi, et il mange aussi mon pipi. » Une phrase caractéristique. C'est de son niveau d'âge, de son niveau de connaissance anatomique. Le mis en cause nie absolument ces affirmations. En effet, sur le plan littéral, « manger le pipi », c'est peut-être faux – même si j'ai vu que c'était possible. Ce qui est probable en tout cas, c'est que, en étudiant son vocabulaire, on se rend compte que cette petite fille appelle « pipi » toute la zone antérieure du haut du corps, y compris les parties intimes : les parties intimes de son père, elle les appelle « pipi ». Parce qu'elle a 3 ans. Et parce qu'elle ne connaît pas le sexe masculin, vu qu'elle est petite fille unique vivant avec sa mère. Ainsi, elle dit « pipi » lorsqu'elle désigne le sexe de son père comme lorsqu'elle désigne le sien.

Ainsi, l'étude soigneuse du vocabulaire de l'enfant et de sa famille est une nécessité préalable à toute audition, toute expertise et toute évaluation d'un enfant. Or, d'après mon expérience, c'est exceptionnellement réalisé.

L'évaluation soigneuse des interactions de l'enfant avec l'expert, avec chacun de ses parents et seul est indispensable et doit être précise. Elle est d'ailleurs le plus souvent demandée par les magistrats, sauf en cas de violences conjugales avérées. Elle ne doit pas se résumer à des propos tels que ceux que j'ai souvent lus dans des expertises.

« L'enfant est charmante, elle a une jolie petite robe rouge. Elle paraît très joyeuse avec ses grands-parents. » Il s'agit des parents du mis en cause, qui ont pris le soin d'emmener l'enfant dans une crêperie et de visiter une exposition qui l'a passionnée. Les parents de l'auteur avaient bien entendu fait tout un tas de choses très agréables pour leur petite-fille, et ce sont eux qui avaient amené l'enfant à l'expertise.

Ou encore, on découvre un examen de dix minutes d'une petite fille de 2 ans qui a dénoncé des violences sexuelles, viols et attouchements de son père en visite médiatisée. Cette petite fille de 2 ans ne répond pas à la question de l'expert, qu'elle ne connaît pas. L'expert lui dit : « Elle fait comment, la vache ? » La petite se réfugie sur les genoux de sa mère et ne répond pas. Il lui demande de faire une tour de cubes, elle tourne la tête. Et il conclut : « Elle est probablement déficiente mentale, et les propos sont peu réalistes. »

Ou encore une autre conclusion d'expert psychiatre : « La petite Anne va très bien. Elle tient la main de son papa et de sa maman en expertise. » Elle a dénoncé de multiples violences, viols et attouchements de son grand-père maternel, de sa mère et de sa grand-mère, qui nient absolument ce que l'enfant a subi. Elle est installée là, au milieu des deux parents, sur la chaise, et l'expert dit qu'elle est très mignonne et qu'elle donne la main à son papa et à sa maman. Donc il conclut là-dessus que tout va bien avec le papa et la maman.

Il n'est pas rare que l'enfant petit ne soit pas reçu, ou qu'il ne soit regardé que quelques minutes dans la salle d'attente. Ou qu'il reste seul pendant une heure, une heure trente, pendant que l'expert reçoit d'abord le parent accompagnateur. Je ne parle pas des heures auxquelles il est convié : ce peut être sur l'heure du repas, sur l'heure de la sieste ou tard dans la soirée, comme l'a dit Françoise Fericelli tout à l'heure.

Les experts ignorent également le plus souvent, comme d'ailleurs les enquêteurs, les éducateurs et les psychologues, les menaces et chantages exercés par l'auteur avant les rendez-vous d'expertise et d'évaluation. Ces menaces, qui sont souvent des menaces de mort, de prison ou de sévices, sont très fréquentes. Elles entraînent des silences, des banalisations, des rétractations, des demandes paradoxales.

Peu d'experts enfin parlent de l'histoire transgénérationnelle, qui est constamment perturbée sur plusieurs générations, avec des participations souvent très violentes et actives des grands-parents et de la famille au système des violences, du déni, des pressions, du chantage, du maintien du silence. D'ailleurs, cela pose question sur l'idée si répandue que les tiers de confiance doivent être proposés dans la famille quand il s'agit de familles de criminels – parce que ce criminel a été fabriqué par une famille.

En conclusion, je soulignerai que les médecins experts sont pour l'instant relativement protégés, mais qu'il n'en va pas de même pour les médecins qui font des signalements et des certificats. Les menaces et risques viennent de l'auteur lui-même, qui interdit de continuer à voir en consultation, interdit les soins, interdit les bilans, menace de porter plainte contre les ordres et le fait. Et ils viennent du Conseil de l'Ordre, qui sanctionne des médecins qui font des signalements ou des certificats – pour immixtion dans la vie privée, notamment, ou pour prise de parti pour un parent au détriment de l'autre, etc. Cela a été abordé par mes confrères.

Moi-même la semaine dernière, j'étais au commissariat de police : je fais l'objet d'un dépôt de plainte pour diffamation, suite au classement sans suite d'un signalement que j'avais fait. J'avais également été entendue au Conseil de l'Ordre pour plainte de ce même père contre moi ; heureusement, cette plainte a bénéficié d'une conciliation.

Je connais des médecins, nombreux, qui n'osent plus faire de signalement ni d'attestations ; des médecins ou professionnels de soins qui ont reçu des menaces, des plaintes les concernant eux-mêmes ou concernant leur vie personnelle et familiale, qui ont reçu des injonctions d'arrêter sans quoi ils risquaient pour eux et pour leur vie.

Ces risques sont réels. Ce sont ceux que vivent les bébés et les enfants victimes. Ils risquent pour leur vie, ils risquent pour leur intégrité physique et psychique, et leurs parents protecteurs de même.

Je voulais enfin développer le sujet de la clinique spécifique de ces enfants en ce qui concerne le syndrome psychotraumatique. On retrouve une hypervigilance, une agitation souvent confondue, hélas, avec des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

(TDAH). On retrouve souvent un retrait relationnel et social, c'est-à-dire un enfant qui se soustrait aux relations et aux interactions ; cela a été très bien expliqué par Guedeney et mis en évidence par l'échelle qu'il a développée, l'Alarme détresse bébé (ADBB). On retrouve aussi des comportements auto- et hétéro-agressifs et des comportements sexualisés, répétitifs, si spécifiques chez les petits malgré les interdits répétés. Les masturbations compulsives sont également des symptômes hautement spécifiques, qui ne cessent pas malgré les demandes.

On retrouve aussi les syndromes de reviviscence post-traumatique avec les cauchemars, les terreurs, les états de panique qui entraînent des phobies de lieux et de détails significativement associés à la mémoire traumatique – en particulier, chez les petits, les phobies des WC, du matelas à changer, de la douche, du lit, de la chambre.

Les lésions corporelles sexuelles qui sont le plus souvent significatives sont les lésions bien entendu vulvaires et rectales, mais aussi les béances anales et vaginales que l'on retrouve très fréquemment dans les interrogatoires des parents mais qui entraînent une sorte de déni, tellement le fait d'imaginer ces béances leur est insupportable.

Parmi les troubles directement liés aux violences et aux conséquences de ces violences, on trouve l'encoprésie, qui est un signe hautement spécifique des violences sexuelles rectales, les infections vulvo-vaginales à répétition, les angines à répétition, les lésions buccales, etc. La disparition des siestes et les troubles du sommeil d'apparition brutale sont hautement spécifiques également, de même que d'autres signes évocateurs, d'apparition brusque également et plus ou moins associés, qui correspondent à des modifications de comportement, d'humeur ou dans les relations. Ce sont par exemple le refus absolu ou la phobie d'aller dans des lieux, d'aller avec certaines personnes, d'aller dans la voiture, d'aller en visite médiatisée, d'aller rencontrer l'agresseur, qui devraient impérativement être pris en compte.

Je veux dire qu'« il n'y a pas de plus grand mal que d'abuser d'un enfant », comme l'affirme l'écrivain et anthropologue Nanoucha Van Moerkerkenland – des propos repris par Laurence Beneux, qui vient de publier un livre remarquable intitulé *Pédocriminalité, l'hypocrisie française*.

J'ajouterai que c'est un crime physique, sexuel et de la filiation, qui concerne toute la famille et toutes les générations. C'est un crime extrêmement fréquent, beaucoup trop banalisé. Et je veux vous remercier d'avoir ouvert cette commission, en rendant hommage à ces petits enfants et à ces parents protecteurs si courageux, qui paient du prix de leur vie, du prix de leur santé physique et psychique, leur courage et leur détermination.

**Mme la présidente Maud Petit.** Vos propos suscitent forcément de nombreuses réactions en nous. C'est votre quotidien depuis des années. Nous y sommes quant à nous plus ou moins sensibilisés – depuis 2017, en ce qui me concerne –, mais cela ne nous laisse pas insensibles. Nous vous remercions infiniment pour les informations que vous nous avez données. Vous avez répondu à chacune des questions que nous vous avons soumises.

Vous soulignez des manquements gravissimes. Nous entendons qu'il y a beaucoup de déni, mais celui-ci ne peut sans doute pas tout expliquer. On s'interroge forcément : n'y aurait-il pas aussi de la bêtise de la part de certains professionnels, voire de la complicité ? C'est stupéfiant.

Les auditions que nous avons menées jusqu'à maintenant, tout comme les témoignages que nous avons recueillis dans un autre cadre, donnent le sentiment que l'on n'aime pas les

enfants dans notre pays, puisqu'on ne les protège pas suffisamment. Certains événements médiatisés choquent terriblement et conduisent à des prises de parole publiques mais on se demande quels moyens sont donnés ensuite pour faire avancer les choses. Cela fait terriblement peur car les enfants concernés aujourd'hui sont les adultes de demain : c'est de là que viennent en partie les violences de notre société.

Des éléments de droit comparé pourraient peut-être nous servir d'exemple. Disposez-vous d'informations au sujet d'autres pays, en Europe ou sur d'autres continents – par exemple au Canada –, où le sujet serait davantage pris à bras-le-corps ?

**M. Maurice Berger.** Vous avez parlé de bêtise ; quant à moi, je dirais qu'il s'agit plus souvent de désinvolture, ce qui n'est pas tout à fait la même chose.

Mes connaissances en droit comparé ont besoin d'être réactualisées. Au Québec, on porte une grande attention aux agressions sexuelles. Il me semble que, en Grande-Bretagne, cette attention est beaucoup plus importante qu'en France également, grâce au *Children Act*. La Belgique était très en avance sur nous sur le sujet de l'inceste, mais la situation s'est ensuite dégradée avec l'adoption d'une optique que je qualifierais de familialiste. Elle a donc été en avance pour poser le diagnostic, repérer, mais quelque chose n'a pas suivi.

**Mme la présidente Maud Petit.** La Belgique était-elle en avance après ou avant les affaires Dutroux ?

**M. Maurice Berger.** Bien avant. Alors qu'en France on ne bougeait pas, c'étaient la Belgique et le Québec, à ma connaissance, qui menaient des travaux. Aux États-Unis, ça dépend sans doute beaucoup des États, mais cela peut prendre des proportions importantes. Il se trouve que je suis au courant d'une situation dans laquelle le père a un droit de visite dans un parc, mais toujours en présence d'un professionnel : le droit de visite n'est pas donné facilement.

Je pense qu'un travail de droit comparé, sur le droit actuel, reste à faire.

**Mme Françoise Fericelli.** Je n'ai pas suffisamment de connaissances juridiques pour faire du droit comparé, mais la question est très intéressante, et j'ai tout de même quelques éléments de comparaison dans deux domaines.

Le SVA est reconnu internationalement et il a été testé sur le plan médical. Pourquoi ne l'utilise-t-on pas ? Oui, on peut parler d'Outreau : cessons avec Outreau dès maintenant, je suis d'accord avec mon confrère. On sait beaucoup de choses qu'on ne savait pas à l'époque ou qu'on commençait seulement à savoir. Il faut se comporter de façon scientifique. Certes, on est tous dans l'émotion, il est très compliqué de suivre ces enfants et de connaître ces histoires – je peux vous le dire –, mais on sait des choses. Pourquoi, alors que le SVA est utilisé et même préconisé dans toute l'Europe, très peu de personnes y sont-elles formées en France ? Beaucoup de gens prétendent, parmi les psychiatres que j'ai entendus, que le SVA serait interdit, mais ce n'est pas le cas, à ma connaissance. En Suisse ou en Belgique, il fait partie du protocole, au même titre que le Nichd, et cela ne coûte rien. Il faut simplement, pour les médecins et les psychologues qui font des expertises, suivre une formation. Utiliser le SVA sur un Nichd, un interrogatoire de police ou de gendarmerie qui est bien fait, ce n'est pas si compliqué et cela ne coûte pas cher. C'est très clair si on fait des comparaisons internationales.

Sur ce plan, l'autre point au sujet duquel j'ai quelques notions, c'est la protection des médecins qui font des signalements ou des attestations. Le docteur Berger l'a évoqué, il existe

une particularité très française qui est d'avoir une juridiction spécifique, celle de l'Ordre des médecins. Cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas d'ordre ou de code de déontologie dans les autres pays : il est très important, pour notre métier, et surtout dans ce domaine, qu'un code de déontologie existe. Le problème est qu'une déontologie soit opposable judiciairement et que son application puisse conduire jusqu'à l'interdiction d'exercer la médecine, sur la base d'appréciations qui empêchent les signalements. Le collectif Médecins stop violences a rassemblé, vous pourrez le voir, des témoignages de médecins, des articles et des références bibliographiques.

En 2014, une étude de la Haute Autorité de santé expliquait qu'il fallait que les médecins s'engagent dans la prévention, ce qui est tout à fait juste, parce qu'ils sont en première ligne, et relevait que moins de 5 % des signalements provenaient d'eux. Il y avait déjà quelque chose qui n'allait pas. Une étude de 2023, faite par l'UMJ (unité médico-judiciaire) de l'Hôtel-Dieu, qui reçoit quasiment toutes les plaintes et les évaluations concernant les enfants pour lesquels on suspecte des abus sexuels en Île-de-France, a montré que, en trois ans, pour des centaines d'enfants reçus, entre 1 et 2 % des signalements venaient des médecins : les chiffres sont donc en baisse.

Le problème de la protection des médecins est une vieille histoire. L'affaire concernant la docteure Catherine Bonnet remonte aux années 2000. Dans un système où la déontologie n'est pas judiciarisée et où les fautes des médecins – car il y en a – sont jugées par les mêmes tribunaux que pour tout le monde, comme en Suisse, les choses sont un petit peu différentes. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de déni de l'inceste, mais cela aide et protège un minimum – pas totalement, mais quand même – contre beaucoup de problèmes, et l'application du SVA protège aussi ; ce sont deux domaines où la situation est très différente.

L'obligation de signalement, le docteur Berger a raison, ne peut aller en France sans une protection du médecin, comme c'est le cas au Canada depuis cinquante ans et dans tous les pays européens – en Espagne, par exemple –, ce qui est normal. Sans cela, il sera exposé à des poursuites, dont il faut comprendre qu'elles viennent des auteurs supposés ou reconnus.

**Mme Béatrice Roullaud (RN).** Merci pour vos exposés lumineux, qui permettent à la représentation nationale et à tous ceux qui nous écoutent de comprendre les dysfonctionnements qui ont lieu en France.

S'agissant de l'opposabilité, lorsqu'une expertise ne contient pas les éléments essentiels, comme le fait de voir les enfants, ce qui paraît naturel, pensez-vous qu'il faudrait que le législateur prévoie une nullité de procédure ? Il en existe de plusieurs types, mais cela pourrait vouloir dire qu'il faut repartir à zéro.

Selon un numéro de l'*AJ famille, Actualité juridique* en droit de la famille, de janvier 2023, en 2022, sur les 112 919 mineurs en danger, les signalements proviennent à 1,95 % seulement du milieu médical. Les freins à la réalisation des signalements sont divers. Il y a, par exemple, la peur de se tromper – 61 % –, la mauvaise connaissance des procédures, la crainte de perdre les patients. En cas d'obligation de signalement, les médecins se disent qu'ils risquent de ne plus voir le patient, l'enfant. Vous avez déjà en partie répondu à cette question, mais j'aimerais savoir si vous pensez qu'il faudrait revoir le secret professionnel.

**Mme Julie Ozenne (EcoS).** Vous connaissez bien les victimes sous l'angle psychologique. Que pensez-vous, en tant que médecins, du délai de prescription ? Faudrait-il le supprimer ?

**Mme Mathilde Feld (LFI-NFP).** Que pourrions-nous faire en tant que législateur pour éviter le blocage lié au Conseil de l'Ordre dont vous avez fait état et l'angoisse, que je comprends parfaitement, lorsqu'il s'agit de procéder à des signalements ?

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Je reviens sur l'idée de filmer les enfants lors des évaluations et des expertises : ce que vous nous avez dit est plutôt contraire à ce que nous avons pu entendre jusque-là, et je me demande si ce n'est pas un peu nier le fait que beaucoup de personnes ne devraient pas servir d'experts dans ce genre d'affaires. Dans l'état actuel des choses, filmer ne permettrait-il pas de constater que l'expertise dit, par exemple, exactement l'inverse de ce que dit l'enfant ou que la personne censée recueillir la parole a induit des réponses ? Cela conduirait alors à la nullité de l'expertise.

Par ailleurs, ne pensez-vous pas qu'il serait opportun de créer une nouvelle filière, de nouveaux métiers autour du psychotrauma et de la prise en charge ou de l'accompagnement des professionnels et des personnes traumatisées en France, au vu du nombre de personnes concernées et des psychotraumas que produisent 100 % des agressions ?

**M. Arnaud Bonnet (EcoS).** Heureusement que je ne suis pas spontané : sinon, je demanderais tout de suite la dissolution de l'Ordre des médecins. Vous avez dit que le système institutionnel punissait les médecins au lieu de les soutenir. Comment en sommes-nous arrivés là ?

Une question qui revient très souvent est celle des preuves, car il en faut pour la justice. Vous avez parlé de situations relativement immédiates. S'agissant de situations plus anciennes – les enfants victimes d'inceste sont alors devenus adultes –, il faut aussi une preuve pour établir les faits. En ce qui concerne la possibilité de preuves autres que physiques, dont on sait très bien qu'elles sont parfois effacées très rapidement, auriez-vous des orientations à proposer ?

**Mme Andrée Taurinya (LFI-NFP).** Merci pour vos témoignages et votre engagement. Ce que vous nous avez raconté nous a tous complètement bouleversés, je crois. Pour vous, tout cela relève de votre quotidien et j'imagine l'impact que cela peut avoir.

Je voulais poser la même question que ma collègue Mathilde Feld au sujet du Conseil de l'Ordre. Que pouvons-nous faire ? Je propose à notre présidente et au bureau de la commission d'auditionner le président du Conseil de l'Ordre.

**Mme la présidente Maud Petit.** C'est prévu.

**Mme Andrée Taurinya (LFI-NFP).** Je découvre – je pensais que c'était réservé aux médecins ou aux pédopsychiatres – que les expertises peuvent être effectuées par des psychologues. Que préconisez-vous ? Validez-vous le fait que les expertises peuvent être faites par eux ? J'ai bien entendu que vous disiez qu'il faudrait que psychiatres et psychologues suivent une formation spécifique sur l'enfance. Pourriez-vous nous expliquer la plus-value, en quelque sorte, d'un psychiatre par rapport à un psychologue pour ces expertises ?

**M. Maurice Berger.** S'agissant du Conseil de l'Ordre, je vois une seule possibilité : c'est que la représentation nationale s'empare de la question. Cela ne peut pas se passer autrement : dans ce domaine, il n'y aura pas de changement de l'intérieur. Or c'est une question de société dans la mesure où cela touche les médecins et qu'ils n'arrivent plus à protéger.

La filière de la psychotraumatologie a été créée, en partie : il existe douze centres en France, ce qui est trop peu. La psychotraumatologie de l'enfance est encore spécifique : il s'agit

d'une formation très différente pour aider les enfants qui, en particulier, multiplient ce qu'on appelle les processus dissociatifs – tout d'un coup, ils basculent dans le monde traumatique, ils ne parlent plus ou ils frappent. Cela fait partie de l'enseignement général et des diplômes universitaires, autour du docteur Lévy-Soussan.

La question de l'enregistrement est compliquée. Dans l'idéal, ce serait mieux mais je vois très bien comment les avocats s'en empareraient. Ils vont demander pourquoi telle question a été posée sur tel point. Autant filmer peut permettre de montrer que le minimum, s'agissant du cadre, n'a pas été respecté, autant cela peut être perverti de toutes les manières. Par ailleurs, je trouve qu'il y a une sorte d'intimité qui est plus difficile à établir, quand on est clinicien, dans une expertise concernant un enfant.

Pour ce qui est de l'opposabilité, une fiche de l'École nationale de la magistrature reprend exactement ce que nous avons dit – je l'ai avec moi – au sujet des expertises JAF et justice des enfants. C'est moi qui ai rédigé cette fiche à l'origine ; les juges l'ont ensuite réécrite, mais en faisant bouger très peu de choses. Simplement, chaque juge est indépendant. Il n'est pas tenu de considérer que ce cadre est valable et opposable : il peut tout à fait accepter une expertise qui ne le respecte pas. Sur le plan juridique, je ne sais pas quelle instance pourrait décider que c'est le dispositif minimum nécessaire, c'est-à-dire quel organe scientifique la validerait, puis comment cela serait validé. Mais, évidemment, ce serait bien.

**Mme Françoise Fericelli.** Je reviens sur la prescription. Pour moi, compte tenu du nombre d'enfants, de jeunes adultes, voire d'adultes concernés – quand on est pédopsychiatre, on voit aussi beaucoup de parents qui ont été traumatisés dans leur enfance –, l'imprescriptibilité est une évidence. Combien de parents ai-je vus qui venaient consulter pour leur enfant et à qui, tout d'un coup, le souvenir de ce qu'ils avaient vécu revenait. S'agissant de ces crimes, il n'y a pas de prescription pour la victime. Des études concrètes le montrent – je ne suis pas militante quand je le dis. Les troubles psychiques et psychiatriques augmentent et la longévité est réduite de dix ans – je vous donnerai les références de ces études. Les troubles du développement de l'enfant, les troubles psychiatriques et les maladies somatiques sont démultipliés, y compris à l'âge adulte. Se pose, de plus, la question de la survivance, qui implique très souvent mémoire traumatique et dissociation : psychologiquement, psychiquement, la personne soit ne s'en souvient jamais, tout en ayant plein de symptômes, soit s'en souvient à un moment qui n'a rien à voir avec la question juridique du nombre d'années de la prescription. Elle a été allongée, il n'y a pas longtemps, mais ce n'est pas suffisant. Sur le plan médical, quand on connaît les psychotraumatismes et ce que cela donne dans la vie des gens – j'ai essentiellement vu des traumatisés, mais il y a à la fois l'axe victimologique et celui de la criminologie, qui montre qu'on trouve beaucoup d'antécédents chez les agresseurs –, l'imprescriptibilité s'impose sans discussion, selon moi.

**M. Maurice Berger.** Pour ce qui est de la preuve, une conférence de consensus sur les victimes d'agression sexuelle, organisée en 2001 par la Fédération française de psychiatrie, a conduit à un ouvrage qui décrit des signes que tout le monde reconnaît.

Je ne sais pas si vous connaissez le détail du SVA, qui comporte quatorze items. Quand une fillette dit, par exemple : « La main de mon papa sentait mauvais », c'est un détail qu'elle n'a pas pu inventer. Un événement imprévu, comme « mon frère est entré et tout s'est arrêté », a également une cotation. Et quand l'enfant dit : « Mon père avait une grimace comme de colère » au moment de l'orgasme, c'est un signe qu'il ne peut pas inventer. Dans ce système très précis, on sait que, au-dessous de cinq points, cela ne s'est peut-être pas passé : on ne sait pas. Entre six et sept points, il y a un doute. Au-dessus de huit items, un ensemble de travaux

montre qu'il existe une quasi-certitude. De même, quand l'enfant dit : « Je ne me le rappelle pas », parce qu'il a un trou de mémoire, c'est un indice de crédibilité. Un enfant manipulé va au contraire réciter comme un perroquet. Quand un enfant dit qu'il n'y arrive pas, on est devant une déclaration spontanée. Nous pourrions vous envoyer les items, qui sont très simples et font l'objet d'une correction pour les plus petits. Lorsqu'on applique le SVA à une déclaration, on est très proche de la preuve.

**Mme Françoise Fericelli.** Pédopsychiatre et psychologue d'enfant ne font pas les mêmes études. Le pédopsychiatre est un médecin, qui a ensuite fait une spécialisation en psychiatrie, s'est plutôt orienté vers des stages de pédopsychiatrie dès son internat ou un peu plus tard, et a fait un clinicat ou un assistantat en service de pédopsychiatrie. Le cursus d'un psychologue clinicien est différent, puisqu'il a un master 2 en sciences humaines. Si l'on veut qu'il soit compétent pour effectuer ce type d'expertise, il faut qu'il ait été formé, et là où on l'est le mieux à l'écoute des enfants, c'est dans les services de pédopsychiatrie, où il y a beaucoup de psychologues cliniciens.

Je pense qu'il est peut-être mieux que ce soit un pédopsychiatre dans certaines situations, et un psychologue dans d'autres. Quand on est médecin, on est averti de plus de pathologies somatiques. Très franchement, j'ai vu des expertises de psychologues excellentes et d'autres très mauvaises, mais il en est de même pour les psychiatres. Il faut également être conscient du manque de pédopsychiatres. J'exerce dans un département proche de Genève, où il n'y a que moi. J'exagère, mais on est vraiment très peu nombreux. Ce sont donc des expertises psychologiques qui sont faites. Le DU créé par le docteur Berger portait d'ailleurs très intelligemment sur les expertises pédopsychiatriques et psychologiques d'enfant, comme le fait notre article.

Il ne faut pas dire que l'un est meilleur que l'autre. Parfois, c'est surtout une question de pratique avec les enfants, d'écoute, de connaissance des situations familiales autour d'eux. C'est cela qui est important, et il faut des années pour acquérir cette compétence. Les médecins ont la chance d'avoir, pour être validés, des stages d'internat. C'est un peu plus compliqué pour les psychologues, mais on pourrait tout à fait imaginer que les uns et les autres aient besoin d'avoir cinq à dix ans de travail avec les enfants dans leur CV. Je pense avoir répondu à votre question.

Le secret médical est très important dans la pratique médicale. C'est un élément fondateur, qui permet aux patients d'être en confiance. Il y a un problème, en revanche, quand le secret médical est, en quelque sorte, dévoyé : on vous l'oppose parce que la personne a peur ou encore parce qu'elle ne sait pas, et c'est ennuyeux. La loi a prévu la possibilité de déroger au secret médical mais la France est l'un des pays où il est le plus absolu – j'ai entendu des juristes analyser cela. Néanmoins, il est rare qu'il soit question du secret médical dans les poursuites et les décisions ordinales. C'est très souvent une immixtion dans les affaires de famille, sans raison professionnelle, qui est reprochée aux médecins. Dénoncer ou suspecter une situation incestueuse ou n'importe quelle situation de violence intrafamiliale, souvent dans un contexte de divorce ou de séparation, sera par essence une immixtion dans les affaires de famille. Le docteur Berger l'a dit, cessons de reprocher une immixtion dans les affaires de famille, en tout cas dans ce domaine.

J'aimerais aussi parler de la revictimisation induite par les visites médiatisées, qui sont terribles en matière de clinique. Je suis actuellement deux toutes petites filles. Quand j'ai commencé à voir la maman, elle était enceinte. Le bébé a aujourd'hui 14 mois et sa sœur moins de 3 ans – elle va entrer en petite section de maternelle. Le père a été condamné pour violences

conjugales, et l'aînée présente des signes qui évoquent un psychotraumatisme. Ces deux petites filles vont en visite médiatisée tous les quinze jours. Le bébé, que je suis plus spécialement – une collègue s'occupe de l'enfant plus âgé – et qui était dans le ventre de sa mère lors des violences conjugales, a fait un eczéma de tout le corps à la première visite médiatisée.

La mère, qui a fui son ex-conjoint, est prise dans des procédures multiples. C'est une femme diplômée qui trouve du travail sans problème – je vous laisse imaginer ce que cela donne quand ce n'est pas le cas –, mais elle travaille en permanence et doit faire garder ses deux enfants. Elle a la charge de tout, y compris des soins, et elle doit, en plus, amener ses filles en visite médicalisée, où elles sont séparées. En effet, l'une des personnes qui pratiquent la visite médiatisée trouve que les deux petites pleurent trop quand elles voient ensemble leur père. On les sépare donc et on fait passer le père d'une pièce à l'autre. Il y a dans le jugement une ordonnance d'éloignement, mais à qui demande-t-on de s'éloigner quand la mère amène les petites ? C'est à elle.

Il s'agit d'un cas extrême, mais on voit d'autres situations. Souvent, il n'y a en réalité personne dans les visites médiatisées, et je crois que ma consœur a l'expérience de viols qui ont eu lieu dans ce cadre. Même quand tout cela ne se produit pas, le fait de revoir l'autre parent est extrêmement déstructurant pour l'enfant. Ça, c'est une conséquence de la loi du 4 mars 2002, qui prône la coparentalité et la préservation absolue du lien. Or il n'est pas donné à tout le monde d'être père ou mère, c'est vraiment un processus psychique, et pas seulement physique. Des gens n'y parviennent pas et n'y parviendront jamais. Il faut donc arriver à évaluer dans le cadre de l'expertise si l'on peut faire progresser ou non la parentalité. Quelques fois on peut, mais dans ces situations, qui sont vraiment trop graves, je suis d'accord avec le docteur Berger : aucune évolution n'est possible.

Il y a ainsi des enfants qui sont contraints de voir le parent agresseur. J'ai en mémoire le cas d'une petite fille de 4 ans, dont le père avait fait l'objet d'une condamnation – il me semble qu'il était également sous le coup d'une OQTF (obligation de quitter le territoire français) – pour avoir blessé la mère à l'aide d'un couteau. Alors qu'elle conduisait l'enfant à une visite médiatisée, la mère a été de nouveau agressée par le père sur le parking du centre, sous les yeux de la petite fille. À la suite de cet événement, la juge a suspendu les rencontres, mais seulement pour une durée de six mois. Six mois, ce n'est pas suffisant ! Les visites ont ensuite repris. Ce genre de situations se répète presque chaque semaine ; c'est proprement insupportable. Même si c'est très difficile, nous savons comment suivre et soigner ces enfants ; nous pouvons essayer de les aider. Mais s'ils continuent à être confrontés à l'agresseur et à ce type de violences, la tâche devient impossible.

**Mme la présidente Maud Petit.** Même des années plus tard, nous sommes d'accord ?

**Mme Françoise Fericelli.** Oui, bien sûr. Dans ces situations, le temps ne compte pas : il subit une sorte de compression. Un traumatisme survenu à l'âge de 2 ans peut resurgir brutalement à 17 ans, lors d'une rencontre avec l'agresseur.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** En tant que médecin, donc d'un point de vue strictement médical – je ne me place pas sur le terrain juridique –, estimez-vous que le lien parental est absolu et qu'il doit être maintenu à tout prix, ou considérez-vous que, au contraire, il faut parfois le rompre de façon définitive ?

**M. Maurice Berger.** C'est moi qui ai forgé l'expression « idéologie du lien familial à tout prix ». C'est une spécificité française qui m'a d'ailleurs valu d'être constamment interrogé

lors de mes déplacements à l'étranger, où l'on s'étonnait de notre fonctionnement. Pierre Lévy-Soussan insiste beaucoup sur ce point dans le DU : il existe des dysparentalités totales et définitives. Il en existe plusieurs sortes, mais il est clair que le maintien du lien n'est pas une nécessité pour le développement d'un certain nombre d'enfants. En cas de rupture totale, il faut tout de même déterminer si l'enfant a besoin de maintenir un lien de connaissance vis-à-vis de ses parents, mais cela relève de nuances cliniques au cas par cas. Quoi qu'il en soit, le lien en lui-même n'a pas de valeur absolue : il existe des liens toxiques et d'autres qui, au contraire, nourrissent le développement de l'enfant.

**Mme Françoise Fericelli.** Je suis tout à fait d'accord. Pour en revenir à la loi du 4 mars 2002, le lien n'est pas systématiquement un « plus ». Dans les situations de violences intrafamiliales ou conjugales, il est précisément utilisé pour être perverti. Comme le souligne l'excellent ouvrage *La Haine de l'amour : la perversion du lien*, c'est justement au travers du lien que l'on peut faire énormément de mal.

Dans les cas de troubles de la parentalité ou de dysparentalité, maintenir un lien à tout prix revient à enlever des chances à l'enfant. Il est certes important de lui parler de ce qui s'est passé, de l'existence de son père ou de sa mère ; cela peut se faire en thérapie, en accompagnant le parent protecteur. Mais pourquoi le contraindre à voir l'autre parent ? En quoi est-ce nécessaire ? Quelle victime de violences conjugales reconnues obligerait-on à fréquenter son agresseur, sous prétexte qu'un éducateur est présent ?

**Mme la présidente Maud Petit.** Je souhaitais vous demander votre avis sur une proposition de loi concernant la résidence alternée, qu'un certain nombre de députés cherchent à inscrire à l'ordre du jour d'une semaine transpartisane – il s'agit de la proposition de loi visant à permettre à l'enfant de maintenir des liens équilibrés avec ses deux parents en cas de séparation s'il y a désaccord sur le mode de résidence –, mais, au vu de vos échanges, je pense que nous avons notre réponse.

J'aimerais toutefois vous entendre sur un point précis. J'ai assisté à un stage de parentalité organisé par une association de pères ; on y expliquait que plus le père s'implique tôt dans la toilette et les soins quotidiens de l'enfant, moins le risque d'inceste est élevé par la suite. Qu'en pensez-vous ?

**Mme Myriam Pierson-Berthier.** Je l'affirme : c'est une erreur fondamentale. Elle fait fi d'une réalité qui est largement ignorée et sous-évaluée : les violences conjugales sont très fréquemment associées aux violences sexuelles sur les enfants. On constate – je prépare d'ailleurs un livre sur le sujet – que ces agressions peuvent commencer très tôt, dès le maternage des bébés : des faits de violences sexuelles exercées très précocement sont répertoriés. Certains pères manifestent un intérêt absolument étonnant pour leur bébé, au point de surprendre les professionnels. En réalité, c'est un moyen très efficace d'accéder au bébé et à sa chair, perçue comme un objet de consommation sexuelle. Il est donc évident que le maintien et la précocité des liens ne garantissent en rien leur qualité.

Les antécédents sont trop peu explorés. On oublie trop souvent, par exemple, que l'annonce d'une grossesse est l'un des facteurs déclenchants des violences conjugales ; ce qui s'exprime, c'est la haine du violent conjugal pour son enfant. Il faut arrêter de penser que les violents conjugaux aiment leurs enfants : ce n'est pas le cas. Dans ces conditions, prôner le maintien du lien à tout prix en disant qu'« il a besoin de son papa » ou qu'« il a besoin de sa maman » – que ce soit l'un ou l'autre, car il y a des femmes auteures de violences – est une hérésie. Quand un enfant, même bébé ou tout petit, proteste et exprime qu'il ne veut absolument

plus voir l'un de ses parents, écoutez-le, bon sang ! Un petit qui est attaché de façon valable à ses parents ne hurlera jamais à l'idée d'aller les voir. C'est donc un indice de haute gravité. Écoutez-les : ils savent parler, ils savent raconter par leurs gestes, leurs comportements, leurs symptômes, leurs pleurs, leurs cauchemars ou leurs phobies. Le maintien des liens à tout prix est une idéologie : celle du « bon papa » et de la « bonne maman ».

**Mme la présidente Maud Petit.** Probablement héritée de notre code civil, qui date de l'époque napoléonienne !

**Mme Myriam Pierson-Berthier.** Peut-être. C'est fort probable. C'est en tout cas à cette période que cette conception a été inscrite dans la loi.

**Mme la présidente Maud Petit.** Elle est encore très présente dans notre droit.

**Mme Myriam Pierson-Berthier.** Elle est même omniprésente – et en effet, elle est inscrite dans le code napoléonien. Il faut le dire clairement : être géniteur n'a jamais fait un parent.

**Mme la présidente Maud Petit.** Très bien. Nous avons débordé, mais le sujet méritait que nous vous entendions quelques minutes supplémentaires. Au nom de l'ensemble de mes collègues, je vous remercie infiniment pour vos témoignages, vos explications et vos réponses.

*La séance s'achève à dix-sept heures vingt.*

### **Membres présents ou excusés**

*Présents.* – Mme Ségolène Amiot, M. Christian Baptiste, M. Arnaud Bonnet, Mme Mathilde Feld, Mme Marine Hamelet, Mme Catherine Ibled, Mme Julie Ozenne, Mme Maud Petit, Mme Béatrice Roulland, Mme Anaïs Sabatini, Mme Nicole Sanquer, Mme Andrée Taurinya