

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e 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

- Audition conjointe, ouverte à la presse, de :
 - Mme Martine Balençon, présidente de la Société française de pédiatrie médico-légale et membre de la Ciivise ;
 - Mme Mélanie Dupont, présidente de l'Association des psychologues de médecine légale et membre de la Ciivise 2
- Présences en réunion 23

Mercredi
15 avril 2026
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 20

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

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



La séance est ouverte à quinze heures cinq.

Mme la présidente Maud Petit. Vous le savez, notre commission d'enquête a pour objet d'évaluer le traitement judiciaire des viols et agressions sexuelles incestueuses parentales sur mineurs. Elle porte une attention particulière à la prise en compte de la parole de l'enfant et à sa protection effective pendant la procédure. Dans ce domaine, la médecine et la psychologie légales jouent un rôle clé, puisqu'elles peuvent apporter des éléments probants qui font souvent défaut dans ces dossiers.

Je suis donc ravie d'accueillir Mme Martine Balençon, pédiatre et médecin légiste, professeure associée de pédiatrie à l'Université Caen Normandie et présidente de la Société française de pédiatrie médico-légale (SFPML), ainsi que Mme Mélanie Dupont, psychologue à l'unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu et présidente de l'Association des psychologues de médecine légale.

Mesdames, vous êtes par ailleurs toutes deux membres de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (Ciivise), et donc parfaitement au fait du sujet qui nous occupe.

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.

(Mmes Mélanie Dupont et Martine Balençon prêtent successivement serment.)

Mme Mélanie Dupont, présidente de l'Association des psychologues de médecine légale. Je vous parlerai des psychologues qui interviennent en unité médico-judiciaire (UMJ) et en unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger (Uaped), ainsi que dans les instituts médico-légaux (IML), qui nous intéressent peut-être un peu moins aujourd'hui. Notre propos sera donc très centré sur les UMJ et les Uaped.

Au sein de ces services, les psychologues interviennent à différents moments de la procédure judiciaire, et parfois même en amont.

En Uaped notamment, nous pouvons intervenir en cas de suspicion de violences sexuelles, pour participer à une évaluation pluridisciplinaire susceptible de donner lieu à un signalement ou à la transmission d'une information préoccupante.

Dans le cadre de l'enquête de police, nous intervenons aussi à différents niveaux. Sur réquisition judiciaire, à la demande du procureur de la République, nous pouvons mener une évaluation du retentissement des faits sur la vie de l'enfant.

Nous intervenons aussi – et même avant tout – dans ces services hors réquisition judiciaire, pour du soin, c'est-à-dire pour accompagner les personnes qui y sont reçues. La réforme de la médecine légale, en 2010, a prévu la présence, dans chaque UMJ, d'un équivalent temps plein (ETP) de psychologue financé par la Sécurité sociale ; une circulaire de 2021 a prévu la même chose dans les Uaped.

Au vu de l'objet de votre commission d'enquête, la question du soin sera peut-être moins abordée, mais nous sommes avant tout des soignants, et nous mettrons donc du soin

partout ! Quoi qu'il en soit, nous tenons à vous dire que l'accompagnement est essentiel, même si nous avons bien compris que votre interrogation portait davantage sur l'évaluation à la suite d'une réquisition.

Mme Martine Balençon, présidente de la Société française de pédiatrie médico-légale. Je vous parle en tant que pédiatre et médecin légiste de terrain. Je suis avant tout un pédiatre de terrain – c'est mon ADN. En 2016, j'ai créé, avec dix collègues pédiatres et médecins légistes, la Société française de pédiatrie médico-légale, une société savante tournée vers les enfants et les parcours des mineurs, de la prévention à l'expertise. C'est de cette place-là que je vais vous parler.

Du fait de mon profil professionnel, j'ai été sollicitée pour intégrer la Ciivise, et j'ai coanimé, avec Alice Casagrande, le groupe de travail consacré aux parcours de soins des enfants. Dans ce cadre, nous avons fait le choix d'intégrer le parcours médico-judiciaire aux parcours en santé des enfants.

Je vais vous parler des enfants, et des professionnels – pédiatres ou médecins légistes – autour des enfants. Je pense que je vous décevrai beaucoup sur la question des éléments probants, parce qu'ils sont très maigres, même si nous avons des choses à en dire. Nous avons aussi des choses à dire sur le soin inconditionnel et la présomption de nécessité de soins et de protection chez les enfants que nous rencontrons.

M. Christian Baptiste, rapporteur. Ma première question porte sur le rôle important que vous jouez dans le cadre de la procédure judiciaire, s'agissant de l'inceste. À quel moment intervenez-vous précisément ?

Mme Martine Balençon. Les professionnels médecins – pédiatres et médecins légistes – interviennent à toutes les étapes, quand ils rencontrent des enfants.

Ils interviennent d'abord en matière de repérage et de dépistage. Comment repérer un enfant victime de violences sexuelles et d'inceste ? Comment faire ensuite pour le dépister ? Cette question est très prégnante, car les violences sont des situations gigognes : quand on voit une violence, il faut aller chercher les autres. On l'oublie souvent quand on voit des enfants victimes de violences ou de négligences graves, parce que cela passe sous les écrans radars. Ainsi, notre travail est de repérer la violence sexuelle ou l'inceste sous-jacents.

Nous sommes ensuite sollicités pour des avis spécialisés, notamment dans les Uaped, où nous recevons des enfants pour lesquels des professionnels ou leurs parents ont des inquiétudes quant à une situation de violences sexuelles subies ou d'inceste. Dans ces cas-là, nous nous posons toujours trois questions.

Premièrement, le mineur a-t-il besoin de soins, et lesquels ? Nous parlons de soins intégrés, car la santé somatique ne doit pas faire écran à la santé psychique, et inversement. Alors que la violence sexuelle a un effet de dissociation, le travail du praticien est de réassocier les soins.

La deuxième question, qu'il faut se poser dans tous les cas, est celle de la protection. L'enfant sera-t-il en danger s'il retourne dans sa maison ? Auquel cas, que dois-je faire ?

La troisième question est celle de l'évaluation ou du constat. Quels sont les éléments probants dans le cadre de l'évaluation ou du constat que je vais devoir faire ? Si l'on se centre sur le mineur, on a toujours la bonne réponse.

Une Uaped est un milieu pédiatrique protégé qui, dès la première minute, prend soin des enfants. Que l'enfant y soit arrivé par la voie médicale ou par la voie judiciaire, la démarche est la même : je dois faire un constat médico-légal, travailler avec mes collègues pour lui apporter des soins, et le protéger. Il y a donc un trépied – soins, protection, constat –, dans un univers de « prendre soin ». Ce n'est pas à l'enfant de s'adapter au praticien, mais au praticien de s'adapter à l'enfant, pour toujours apporter la réponse la plus ajustée possible.

Vous nous avez interrogées, dans le questionnaire écrit que vous nous avez fait parvenir, sur la collaboration et le parcours de la parole. C'est effectivement un point très important, car l'une des conséquences des situations incestueuses et incestuelles est l'isolement. Dans les Uaped, nous nous efforçons de mener les consultations en binôme – psychologue et médecin, puéricultrice et médecin. Si le binôme est accepté par l'enfant, il devient possible de faire recirculer la parole sur les violences subies.

Le dernier point que j'aimerais évoquer est celui du consentement à l'examen. L'examen doit être consenti par l'enfant, l'information doit être bien donnée et bien évoquée par l'enfant, et le consentement à l'examen doit être révocable. Des enfants refusent parfois ces examens : il faut aussi valoriser ce refus. C'est à nous, praticiens, de nous ajuster, de nous mettre à la place de l'enfant.

Mme Mélanie Dupont. Je compléterai avec quelques éléments, car je souscris à tout ce qu'a dit le docteur Balençon.

Puisqu'on a évoqué les Uaped et leur philosophie, je pointerai quelques difficultés les concernant, à commencer par l'hétérogénéité que nous constatons sur le terrain. Les Uaped et les UMJ ont été bien pensées, mais l'hétérogénéité est faramineuse, qu'il s'agisse du déploiement de ces structures sur l'ensemble du territoire, des pratiques qui y ont cours, des moyens dont elles disposent, des cultures institutionnelles qui y règnent, ou encore de leurs liens avec l'hôpital, la police ou la gendarmerie. Je ne citerai pas de territoires en particulier, mais vous pouvez être reçus dans une structure où le parcours sera quasi parfait, où l'enfant sera pris en charge comme le docteur Balençon vient de vous le décrire, en lien avec la gendarmerie ou la police, en se mettant autour de l'enfant, alors que dans d'autres structures, le parcours sera très morcelé. Nous n'avons pas encore évoqué la question de l'audition filmée dans les Uaped : là aussi, l'hétérogénéité des pratiques est folle. Lorsqu'un psychologue est requis pour réaliser une évaluation, il doit parfois travailler seul, parfois en binôme avec un médecin, et parfois très longtemps après le début de l'enquête – et encore plus longtemps après le début des faits.

Je rejoins le docteur Balençon sur la question du rythme et de la temporalité. Les temporalités judiciaires ne collent pas à la temporalité de l'enfant, ni, le cas échéant, à la temporalité de la famille. Les refus d'examen en sont un bon exemple – car les examens psychologiques peuvent eux aussi être refusés, et nous trouvons d'ailleurs cela plutôt pas mal ! La posture du soignant doit être d'accepter ce refus, et même – j'ai envie de le dire de manière un peu provocatrice – de résister à la demande judiciaire, même si nous la comprenons. Nous savons qu'une enquête est en cours, que les examens demandés ont leur importance – du moins, que nos conclusions seront lues –, mais nous devons bien nous dire que ce n'est pas forcément le moment de l'enfant.

Mme la présidente Maud Petit. Lorsqu'un enfant refuse un examen, existe-t-il des moyens pour l'accompagner et le pousser à accepter ? La présence d'un chien, par exemple ? Arrive-t-il que l'enfant évolue et finisse par accepter l'examen, même sans cette présence

canine ? Il ne faut évidemment pas le brusquer... On peut très bien comprendre que cela ne corresponde pas à sa temporalité, mais les services judiciaires ne cherchent-ils pas à obtenir absolument ces examens ? Comment réagissez-vous par rapport à cette pression ?

Mme Martine Balençon. C'est une très bonne question. La possibilité d'une médiation animale est effectivement un atout majeur pour certains enfants, et certaines Uaped sont dotées de chiens.

Peut-être y a-t-il une confusion entre ce que les magistrats et le commun des mortels attendent d'un examen et ce que la médecine – en tout cas la pédiatrie, ou la médecine légale – peut apporter. Il y a quelques années, Joyce Adams a publié – dans *Pediatrics*, je crois – un article sur l'examen clinique dans les situations de violences sexuelles qui a fait grand bruit et dont le titre était « *It's normal to be normal* ». L'examen n'est pas le juge de paix, même s'il nous est souvent demandé, en raison de la question de la preuve...

Mme la présidente Maud Petit. Et de la preuve matérielle !

Mme Martine Balençon. Oui, de la preuve matérielle. Mais il arrive que des supports vidéo attestent la commission de violences sexuelles alors que l'examen clinique est normal.

Cette question de la preuve est compliquée. Elle dépend, d'une part, de la qualité de l'examineur, qui doit être parfaitement formé à cet examen et aux diagnostics différentiels. Cet examen périnéal ne doit être réalisé que par un professionnel compétent. D'autre part, les éléments de preuve sont d'autant plus nombreux que l'examen est fait précocement. Or, dans les situations d'inceste, cette précocité est exceptionnelle. La littérature montre que la preuve de violences sexuelles est souvent apportée par des lésions extrapérinéales – par exemple, par des lésions de prise, lorsque la victime est saisie. Mais cela n'arrive jamais dans les situations de violences incestueuses...

Ce qui a été mis en évidence, notamment en Europe du Nord, c'est l'intérêt d'un recueil précoce de la parole de l'enfant, avec un enregistrement, dans un lieu sécurisé, par des professionnels formés et selon le protocole NICHD (*National Institute of Child Health and Human Development*). Il ne faut pas demander à l'enfant de témoigner plusieurs fois. Ce recueil précoce, beaucoup plus probant que des preuves matérielles, fait partie des éléments importants dont il convient de tenir compte s'agissant de l'accueil des victimes.

Je le disais, il y a probablement une sorte de décalage entre ce que l'examen clinique va pouvoir apporter et ce qu'en attendent les magistrats. Très souvent, l'examen clinique est normal, mais cela n'exclut pas pour autant des faits de violences sexuelles. Il est très important d'enseigner cela dans les facultés de médecine et de le faire savoir aux collègues magistrats.

Lorsque les faits sont anciens, il faut absolument pouvoir entendre un enfant en tenant compte de sa temporalité, et non de celle de l'examineur. Il faut aussi s'interroger sur la place du soin dans ces examens. À cet égard, nous pourrions nous inspirer des pratiques canadiennes et britanniques. Ainsi, en Grande-Bretagne, les examens périnéaux des enfants victimes de violences sexuelles et d'inceste se font « à quatre mains » – un vilain terme qui signifie que l'on ne peut pas examiner un enfant si l'on n'est pas compétent en pédiatrie et en médecine légale, et qu'il faut donc parfois deux praticiens. L'enfant doit être sujet, et non objet de cet examen.

Mme la présidente Maud Petit. Combien de temps peut prendre un examen de ce type ? Est-il très long ?

Mme Martine Balençon. Pas forcément. C'est d'abord un examen pédiatrique général – à n'importe quelle personne examinée à la suite d'une agression, on demanderait déjà comment elle va. Ainsi, l'enfant doit d'abord être soumis à un examen pédiatrique qu'il connaît : il faut écouter son cœur, regarder son ventre, s'interroger sur un certain nombre de symptômes... Ensuite, un examen périnéal lui est proposé. Un tel examen n'est généralement pas très long, même si des prélèvements peuvent en augmenter la durée. Toutefois, ce n'est pas parce que le temps d'examen périnéal est court que le temps de présence auprès de l'enfant ne doit pas être long.

Mme Mélanie Dupont. Je reviens sur la question de l'acceptation de l'examen. Dans le domaine psychologique, c'est évidemment la même chose : on fait de la dentelle, de la haute couture. Malgré les injonctions institutionnelles, tout l'enjeu est de s'adapter au rythme de l'enfant, de lui proposer éventuellement une nouvelle consultation, de travailler sur les freins qu'il peut rencontrer, de l'accompagner, de le sécuriser, de mettre à sa disposition des moyens susceptibles de le rassurer... La présence d'un chien peut vraiment jouer ce rôle.

Je n'ai pas interrogé tous mes collègues sur ce point – nous sommes à peu près 200 psychologues dans l'association –, mais il semble qu'après re proposition, très peu de refus d'examen soient vraiment maintenus. S'agissant du caractère probant, autant l'examen périnéal est lié à la question de normalité, autant l'examen psychologique se joue sur la question de la crédibilité. Même si, depuis l'affaire d'Outreau, on ne nous demande plus si l'enfant est crédible – et encore... –, on nous interroge sur sa suggestibilité et sa tendance à l'affabulation.

Mme la présidente Maud Petit. Qui vous pose ces questions exactement ?

Mme Mélanie Dupont. Les officiers de police judiciaire. Mais les demandes sont très hétérogènes, car elles peuvent aussi se limiter à une évaluation du retentissement psychologique. Il y a d'ailleurs une confusion entre l'examen demandé sur réquisition – en UMJ, voire en Uaped – et l'expertise psychologique, qui s'inscrit dans un temps plus long, généralement en cours d'instruction. Cela nous amène à nous interroger sur les attentes de la justice, et sur cette illusion que le psychologue pourrait dire si ce que raconte l'enfant est vrai ou faux. Rendez-vous compte de la charge et de l'espèce de toute-puissance que l'on attribue aux psys ! Nous n'y étions pas, nous ne savons pas. Par contre, ce que nous pouvons évaluer, ce sont les conséquences : comment va l'enfant, dans quel contexte les faits sont survenus, quel est leur retentissement, etc.

Pour ce qui est des éléments probants, nous allons vous décevoir, car nous ne pouvons pas répondre à cette question. Un enfant est-il suggestible ? Cela me fait toujours rire... Oui, par nature, il est suggestible, mais il n'est pas pour autant un menteur ! Les deux premiers éléments de preuve que l'on a sont la parole de l'enfant et ses symptômes. Encore faut-il pouvoir les lire...

Encore ce matin, des parents me disaient avoir vu tels ou tels symptômes – des troubles du sommeil, des troubles alimentaires – qui pouvaient être lus comme des troubles du comportement classiques chez un enfant mais qui, après la révélation de certains faits, peuvent être relus autrement. En fait, l'enfant a dit des choses, mais pas avec notre langage d'adultes. On a tendance à plaquer sur l'enfant notre langage à nous, dans une lecture très adultomorphe, alors qu'en se mettant à hauteur d'enfant, on peut lire les choses autrement, notamment en interprétant la façon dont il s'exprime par son corps, au-delà de la parole.

Il en va de même des personnes en situation de handicap, non oralisantes. Comment les écoute-t-on ? Quelles sont les attentes ? À quoi peut-on répondre, et, surtout, ne pas répondre ? Cela vaudrait vraiment le coup d'en discuter.

Mme la présidente Maud Petit. On a l'impression que la preuve matérielle est encore la plus importante – à moins d'avoir un aveu de l'auteur, ce qui n'arrive quasiment jamais, ou très rarement. Cela pose problème. Nous avons pourtant entendu des magistrats, probablement beaucoup plus sensibilisés à la question aujourd'hui, qui nous ont expliqué qu'il était nécessaire de recueillir un faisceau d'indices. Or, un faisceau d'indices, cela va au-delà de la preuve matérielle et des traces de ce que l'enfant pourrait avoir subi, surtout quand on sait que les situations incestueuses n'impliquent pas toujours de pénétration.

Mme Martine Balençon. Quand nous avons construit le parcours de soins, à la Ciivise, nous avons reçu plusieurs magistrats, du parquet et du siège, et nous avons vu l'importance qu'ils attachaient à l'examen médico-légal et aux éléments probants – éléments probants que nous ne pouvons pas apporter.

Il est très important de recueillir la parole de l'enfant dès le début, car elle est alors très précieuse. Cela renvoie à des situations gigognes : une victime de violences intrafamiliales ou de négligences voit très souvent ses compétences psychosociales atteintes, ce qui ne lui permet pas de percevoir que la situation est incestuelle ou incestueuse, ni d'exprimer ce qu'elle vit. Il en est de même des personnes en situation de handicap. Le caractère « gigogne » des violences est donc extrêmement important ; il doit, dans tous les cas, nourrir le faisceau d'arguments.

La question de la preuve, ou de l'élément probant, rejoint celle de la pénétration. Pour nos amis magistrats, bien souvent, la pénétration correspond à l'anomalie hyménéale que l'on pourrait repérer. Or une pénétration vaginale est-elle caractérisée par le franchissement de l'hymen ? Je suis absolument confuse de rentrer dans ces détails anatomiques, mais c'est la réalité...

Mme la présidente Maud Petit. Nous en avons besoin.

Mme Martine Balençon. Où commencent le sexe féminin et le sexe masculin ? Certains enfants, dans des situations incestueuses, ont subi des franchissements des grandes lèvres qui sont d'authentiques pénétrations. Une question devrait donc être débattue ultérieurement, au-delà de cette commission : qu'est-ce qu'une pénétration ?

Quant à l'hymen, c'est aussi une construction un peu sociétale...

Mme la présidente Maud Petit. Voire religieuse.

Mme Martine Balençon. Voire religieuse, absolument. La littérature scientifique fournit des données sur l'atteinte de l'hymen – je pourrais vous en citer –, mais les séries correspondent à des populations hétérogènes. Or les mineurs vus en urgence, très rapidement après les faits, dans un service comme une UMJ, ne correspondent pas du tout à la même population que les enfants atteints de troubles du sommeil, pour lesquels on soupçonne des violences sexuelles ou incestueuses – on va de quelques pour cent à 15 % ou 20 %...

Bien sûr, on est plus performant quand on est très formé : aussi la formation à la clinique de la violence et à la médecine légale est-elle essentielle. Il importe aussi de ne pas méconnaître, par exemple, une pathologie périnéale médicale de l'enfant. Il faut le bon médecin, au bon endroit, au bon moment, en collégialité. À cet égard, nos amis nord-américains

et anglais sont très preneurs d'une iconographie qui puisse être réévaluée lors des investigations ultérieures. Mais il ne faut pas trop investir sur ces anomalies ou ces atteintes périnéales : ce n'est pas l'alpha et l'oméga des agressions et des situations incestueuses. Il faut déconstruire la question de l'hymen et la question de ce qu'est un sexe féminin.

Mme la présidente Maud Petit. On parle de l'hymen parce qu'on pense aux petites filles, mais qu'en est-il des petits garçons ? Comment détecter s'il n'y a pas de passage par le sexe féminin ? Je pense notamment aux pratiques anales, qui n'impliquent pas l'hymen.

Mme Martine Balençon. Les problématiques incestueuses chez les garçons soulèvent peut-être aussi un tabou sociétal – c'est une question que je pose.

Les pénétrations anales peuvent laisser des éléments aspécifiques dont on peut ne pas être formellement certain de la genèse. On peut formuler des hypothèses mais, dans tous les cas, il importe vraiment d'être prudent. L'enfant ne peut pas être objet d'investigations ; il doit être sujet de droits et de soins, partenaire de cet examen, parce qu'on doit présumer qu'il a besoin de soins et de protection. Voilà ce qu'il importe de faire, notamment dans les Uaped.

Mme Mélanie Dupont. Je me permets de rebondir sur le recueil de la parole de l'enfant et sur l'audition. L'audition filmée est un très beau dispositif, qui existe depuis 1998. On a parlé du protocole NICHD. Tout est prévu dans les textes.

L'hétérogénéité des pratiques est hallucinante. Les salles avec protocoles adaptés sont sous-exploitées, alors que la recherche scientifique a démontré qu'elles permettent d'obtenir un témoignage fiable.

Mme Martine Balençon. C'est plus probant.

Mme Mélanie Dupont. C'est cela, la preuve : le témoignage fiable. Il faut vraiment faire en sorte que le mineur soit auditionné dans ce cadre, et ne soit pas réauditionné. Sur ce point aussi, on n'a pas beaucoup évolué : on ne devrait pas avoir d'auditions multiples, mais c'est le cas dans la pratique.

Mme la présidente Maud Petit. Comment l'expliquez-vous ?

Mme Mélanie Dupont. L'explication est multifactorielle.

Je crois tout d'abord qu'on ne se met toujours pas au niveau de l'enfant. On est toujours dans notre prisme adulte, institutionnel... Quand on lit certaines auditions, on se dit que le professionnel qui les a menées ne sait pas ce qu'est un enfant ! C'est pourtant la base. Oui, l'enfant va changer d'avis si on lui demande dix fois la même chose – même deux fois, en fait.

Il y a des freins, comme pour tout changement de pratique. Nous entendons tout à fait qu'il est difficile de changer sa pratique, mais ce problème renvoie en réalité à la question de la formation. Quels moyens y consacre-t-on ? Est-ce que les gens sont vraiment formés ? De plus, les professionnels changent, et il faut sans cesse réinvestir. La formation doit être continue ; c'est un véritable investissement, mais on y gagnera par la suite. Je fais peut-être porter beaucoup de choses sur cette question de l'audition, mais elle est vraiment importante.

Cela rejoint la question du délai entre la révélation des faits et l'audition, qui peut conduire à des situations ubuesques. Il ne s'agit pas de jeter la pierre à qui que ce soit, mais récemment, une maman m'a dit : « Ma fille avait révélé tout ça. J'ai rencontré la police. On m'a

dit qu'on allait l'auditionner, mais que d'ici à l'audition, je ne devais pas lui parler des faits, parce qu'il fallait que cela reste intact. J'ai demandé à des psychologues de voir mon enfant, mais ils ont refusé, parce qu'il faut que la parole soit préservée. » On était à trois mois sans audition... J'ai répondu à cette maman : « On vous fait devenir schizophrène ! » On se retrouve avec une maman qui ne peut pas rencontrer de professionnels et qui, en même temps, est confrontée à un tabou : « Je ne peux pas en parler. » D'autres parents m'ont dit : « Ça y est, on a enfin pu en parler, au bout de tant de semaines ! » Et tout de suite, curieusement, l'enfant allait beaucoup mieux, parce que ce n'était plus tabou pour ses parents, qui se sentaient libres de parler.

Ce n'est pas seulement une question de moyens, c'est une question de cohérence : nous devons nous mettre à hauteur d'enfant. Il vient de révéler des faits : comment accompagne-t-on cela ? Comment recueille-t-on cette parole, à ce moment-là ? Je le répète : c'est cette parole qui va être l'élément probant. Si on passe à côté, on foire l'enquête, si vous me permettez cette expression un peu familière.

Mme la présidente Maud Petit. Vous avez raison de le dire. Nous avons déjà entendu cela à plusieurs reprises, mais c'est important de le répéter.

Mme Marietta Karamanli (SOC). Comment la coordination entre les magistrats, l'aide sociale à l'enfance (ASE), l'éducation nationale, les services de santé, la police et la gendarmerie est-elle organisée ? Quelles sont les principales lacunes de cette articulation, et comment se traduisent-elles dans les décisions judiciaires rendues par la suite ? Existe-t-il des protocoles locaux ou nationaux qui pourraient nous éclairer ?

Mme Martine Balençon. Vous venez de soulever un point très important. Les Uaped font l'objet de protocoles de coopération avec les magistrats, l'ASE, les services de santé scolaire et l'école. Elles doivent s'appuyer sur ces protocoles dans les territoires qu'elles couvrent. Cela me paraît absolument incontournable.

Votre question vient percuter celle du partage d'informations à caractère secret, qui est extrêmement sensible. Votre commission d'enquête pourrait proposer de clarifier ce point. Si vous recevez, dans le cadre du soin, des enfants victimes de violences, vous pouvez partager des éléments avec d'autres professionnels de santé, car cela relève de l'intérêt thérapeutique. En revanche, si des faits à caractère secret sont révélés dans le cadre d'un signalement, c'est l'article 226-14 du code pénal qui s'applique. Si le partage d'informations à caractère secret se fait dans le cadre de l'évaluation d'un enfant en danger, c'est le code de l'action sociale et des familles. Enfin, si vous êtes dans le cadre de la procédure judiciaire, c'est l'article 11 du code de procédure pénale. En fait, on a l'impression que l'enfant nage dans une piscine avec quatre lignes d'eau différentes, et que chacun reste dans sa ligne d'eau sans pouvoir en changer. Or, cette piscine, c'est l'enfant, et c'est l'intérêt supérieur de l'enfant.

Pour lever ce frein dans les investigations, il y a certainement un effort à faire concernant ce fameux article 11 du code de procédure pénale. Sans préjudice des droits de la défense, la procédure pourrait en effet se prévaloir de l'intérêt supérieur de l'enfant. On pourrait aussi se mettre d'accord, à l'échelle territoriale, sur le niveau de partage d'informations que l'on souhaite.

Les Uaped sont des structures qui favorisent une convergence, en matière de santé, de justice et d'aide sociale à l'enfance, autour de l'intérêt supérieur de l'enfant. Il est important que les professionnels ne se limitent pas. S'ils voient, dans le cadre d'une réquisition, un enfant

dont ils s'inquiètent de la protection, ils doivent pouvoir transmettre une information préoccupante complémentaire ou saisir le magistrat par la voie d'un signalement si telle est la procédure localement. On a vraiment l'impression que, dans certains territoires, des freins pourraient être facilement levés par la mise en place de coopérations. Mais, encore une fois, cela pose la question de l'article 11 du code de procédure pénale. J'appelle vraiment votre attention sur ce point.

Mme Mélanie Dupont. Nous n'avons pas encore parlé du juge aux affaires familiales (JAF). Certains enfants que je reçois en consultation ont rencontré un expert pour le JAF, un autre expert pour le juge des enfants, encore un autre dans le cadre pénal... Quand ils arrivent chez le psy, ils ont parfois déjà vu plusieurs experts, qui n'ont peut-être pas évalué exactement la même chose – quoique... Récemment, on m'a dit : « T'es la cinquième ! » – gros enjeu, grosse pression quand un enfant vous dit ça ! Ne faudrait-il pas assurer une meilleure coordination ? Ne pourrait-on pas prévoir une seule et même expertise ? C'est toujours pareil : on ne se met absolument pas à hauteur d'enfant, on se met à hauteur des procédures.

S'agissant d'exemples de protocoles, mes collègues m'ont parlé d'une expérimentation – je ne la connais pas personnellement, j'aurai donc peut-être du mal à en parler – qui a lieu à Poitiers, dans des pôles dédiés aux violences intrafamiliales. Elle repose sur une coordination entre JAF, juge des enfants et juridiction pénale, et vise à rechercher les mesures à prendre pour la protection effective de l'enfant. Il pourrait être intéressant de regarder ce qu'il en est, car c'est vraiment du concret, de l'opérationnel.

Mme Béatrice Roullaud (RN). Je vous remercie, chère docteure, d'avoir posé ces trois points essentiels, en insistant tout particulièrement sur la formation. Je vous remercie également, madame la psychologue, d'avoir pointé du doigt les disparités existant d'un endroit à l'autre ; c'est un problème qu'il nous faut résoudre si nous ne voulons pas rater quelque chose.

Avez-vous constaté, dans votre pratique, des pressions exercées sur l'enfant qui engendreraient un refus d'examen ?

Vous avez rappelé, docteure, qu'il était essentiel de se poser la question de l'enfant pour savoir si on le laisse ou non rentrer chez lui. Que préconisez-vous pour une meilleure protection ? Nous observons hélas, audition après audition, et même dans nos pratiques professionnelles, que l'enfant, souvent, n'est pas protégé mais remis aux parents maltraitants.

Enfin, j'ai été stupéfaite d'apprendre, au cours d'une précédente audition, que des médecins avaient été poursuivis par le Conseil de l'Ordre pour avoir dénoncé des maltraitances. J'ai appris dans un article de la revue juridique *AJ Famille* que sur les 112 000 mineurs en danger, seuls 1,95 % des signalements provenaient des médecins, et que 97 % des médecins interrogés avaient déjà suspecté une maltraitance au moins une fois dans leur exercice sans pour autant l'avoir dénoncée. Cet article émet certaines propositions ; j'aimerais entendre les vôtres pour augmenter le nombre de dénonciations, parce qu'elles peuvent ensuite déboucher sur des poursuites.

Mme Martine Balençon. Je n'ai pas de souvenirs précis de refus d'examen du fait de la pression d'un parent, mais plutôt des souvenirs de partis pris de parents lors de l'examen, de façon mal ajustée. Cela vient peut-être aussi du fait que, bien souvent, pour des faits de nature sexuelle incestueuse, on n'a pas d'élément probant du fait d'une limitation de l'acte possiblement pénétratif. Quoi qu'il en soit, je ne peux pas répondre de façon formelle à votre question.

La question de la protection se pose au sein des Uaped, mais je pense que c'est en fait de la dentelle hospitalière. Nous sommes titulaires de la fonction publique hospitalière, et ces prises en charge sont de l'ordre de l'hospitalisation. Il est évident que ces structures d'audition, lorsqu'elles sont situées dans une structure hospitalière, peuvent déboucher sur un temps d'évaluation un peu prolongé, qui se poursuit par une hospitalisation. Quand il n'est pas possible de prendre du recul, il peut être extrêmement précieux d'avoir au moins un accueil pour évaluer s'il y a un danger : s'il est imminent, on hospitalise l'enfant ; si l'on souhaite mieux évaluer ce danger, on fait un signalement, ou un complément de signalement ; si le danger est établi, on transmet une information préoccupante. Le fait que cela se passe dans une structure hospitalière autorise ces mesures de protection. Voilà pourquoi l'audition d'un enfant dans un milieu protégé, en Uaped, est vraiment importante.

S'agissant du Conseil de l'Ordre, je sais que vous auditionnerez ses représentants demain ; il serait donc un peu présomptueux de répondre à leur place. Pour ma part, je vous parlerai des signalements des médecins, car c'est un sujet sur lequel j'ai beaucoup travaillé.

Avant de signaler des violences, il faut en faire le diagnostic. Or la question du diagnostic des violences, c'est avant tout la question des freins : les médecins peuvent avoir eux-mêmes été victimes de violences, comme 10 % à 15 % de la population générale, ou avoir une aversion particulière à voir ces violences.

J'ai identifié deux freins principaux. Le premier, qui n'est pas le plus important, est celui de la formation. À Caen, nous pensons que cette dernière doit être graduée : on dispense d'abord une formation généraliste sur les violences et leurs conséquences, puis une formation sur les situations d'enfants en danger, avant de passer à des mises en situation et à un apprentissage du signalement et de l'information préoccupante. La formation doit donc être précisée – c'est l'un des sujets qui me préoccupent actuellement.

Mais le plus important – c'est même l'éléphant au milieu de la pièce –, c'est que les médecins signalent quand il existe des parcours de soins d'aval. Dans l'Uaped de Loire-Atlantique – l'une des plus vieilles de France –, le taux de médecins et de paramédicaux qui signalent est de 25 %, soit autant que dans l'éducation nationale. En fait, l'idée que les médecins ou les professionnels de santé ne signalent pas est probablement fautive. D'ailleurs, s'agissant des bébés secoués – une situation qui n'a rien à voir avec l'inceste –, les signalements sont faits à 100 % par les médecins. C'est comme pour une maladie : si j'apprends que j'ai un problème de santé mais que je ne connais pas le parcours de soins, je pense que je n'y ferai pas attention ; en revanche, si je sais vers qui m'orienter, j'y ferai attention. Tout l'enjeu est donc d'avoir des médecins référents « protection de l'enfance » dans les départements, des Crip (cellules départementales de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes) opérationnelles, ainsi que des Uaped réactives capables d'accueillir les enfants et de faire non à la place, mais en coopération avec les acteurs concernés. Quand il existe des parcours de soins fléchés, les médecins signalent, et ils le font à juste titre.

« Ennemie jurée de l'arbitraire, la forme est la sœur jumelle de la liberté. » Un signalement, c'est comme une appendicectomie : cela doit être fait dans les règles de l'art. Nous n'avons pas le droit d'être mauvais, car les enfants nous obligent. Nous devons faire des signalements de bonne qualité : ça ne peut pas être trois lignes, « cet enfant est en danger ». C'est de la technicité, de la spécialité. Or, en pédiatrie médico-légale, il se dégage depuis quelques années un corpus de connaissances et d'enseignements qui étaient peut-être jusqu'alors beaucoup plus dispersés au sein d'autres spécialités.

Mme Mélanie Dupont. Je laisse évidemment les médecins répondre aux questions médicales.

S'agissant des refus d'examen, qu'entend-on par « pressions » ? S'agit-il de pressions claires, nettes et précises – « tu ne diras pas ça, tu ne feras pas ça » ? À la rigueur, c'est le plus facile ! Mais ces enfants ne sont pas pris dans un conflit de loyauté, comme quand les parents divorcent, mais potentiellement dans ce que Karen Sadlier appelle un conflit de protection : « Si je dis ça, si je fais ça, qu'est-ce qui va se passer ? » Ce n'est pas « Qu'est-ce qui va se passer pour mon bien-être psychique ? », mais « Qu'est-ce qui va se passer pour ma sécurité physique ? », ou « Qu'est-ce qui va se passer pour la sécurité physique de mon parent protecteur ? »

La question de la pression est donc essentielle. Comme le docteur Balençon, je n'ai pas souvenir de telles pressions ; en revanche, l'enfant peut être plongé dans des choses très subtiles. Plus je côtoie la violence, plus je constate à quel point elle est puissante pour faire vivre à ces enfants des choses qu'on a vraiment du mal à comprendre. Nous avons nous-mêmes nos propres freins. Ce matin encore, des parents me disaient : « C'est fou, ce n'est pas possible que ce soit arrivé ! » C'est souvent la première réaction que nous avons, parce que nous nous défendons – c'est tellement insupportable ! La nature humaine est ainsi faite. Mais il va falloir passer outre...

On fait beaucoup peser la charge du signalement sur les médecins. C'est bien, mais ils ne sont pas les seuls ! Est-ce que les psychologues en libéral signalent ?

Mme Béatrice Roullaud (RN). Avez-vous une obligation de signalement ?

Mme Mélanie Dupont. Le secret professionnel des psychologues mériterait d'être clarifié. Normalement, en libéral, nous ne sommes pas censés être soumis au secret ; nous relevons donc de l'article 434-3 du code pénal, qui prévoit une obligation de signalement. Beaucoup de mes collègues ne le savent pas. Cela rejoint ce que disait le docteur Balençon.

Je parle des libéraux, mais pour les institutionnels, c'est un peu la même chose...

Mes collègues exerçant en libéral, qui sont aussi des professionnels de premier recours, pourraient être concernés par cette question, du point de vue politique. Je vais peut-être me faire huer en sortant de cette audition, mais c'est aussi notre responsabilité... La question est de savoir comment on les aide, dans quel réseau on les met pour qu'ils ne soient pas seuls. Le principe de la violence est d'isoler : elle va donc aussi nous isoler, nous, professionnels. Pour répondre à la violence, il va falloir former un collectif, non pas pour faire à la place de nos collègues, mais pour les accompagner dans la procédure de signalement.

Je reviens à la question de la formation. Quel type de formation faut-il organiser, et sur quels sujets ? Le docteur Balençon évoquait l'anatomie féminine ; c'est le côté somatique. Mais du point de vue psychologique, qu'est-ce qu'un enfant ? Qu'est-ce qu'un psychotrauma ? Qu'est-ce que l'inceste ? On pourrait faire des rapprochements avec les violences conjugales. Il faut réfléchir à ces choses-là.

Concernant la formation initiale, vous avez demandé si les psychologues en UMJ et en Uaped recevaient une formation spécifique. Pas du tout ! Nous sommes psychologues – le titre de psychologue est reconnu par la loi et protégé depuis 1985 –, mais la formation supplémentaire est à notre charge, à notre libre appréciation et, souvent, à nos propres frais.

Mme Martine Balençon. Parmi les freins souvent avancés, il y a bien sûr la peur du contentieux ordinal, mais aussi la crainte de la perte de suivi. Les Uaped ne sont pas l'alpha et l'oméga de la prise en charge des violences, mais la collégialité protège, notamment du sentiment de toute-puissance, de l'impression d'être le sauveur de l'enfant.

La littérature internationale montre qu'il n'y a pas plus de ruptures de suivi chez les enfants pour lesquels le praticien a fait un signalement en l'annonçant que chez ceux pour lesquels il l'a fait sans l'annoncer. Et quand bien même le suivi serait rompu, un relais est toujours possible – en d'autres termes, la rupture n'est pas très grave si le suivi reprend ensuite. La violence isole la victime, mais aussi le praticien.

Mme Mélanie Dupont. La liste de freins est impressionnante. En fait, ce qu'il faut comprendre, c'est qu'il est difficile de signaler car on rencontre, à tous les niveaux, une multitude de freins au signalement – des freins personnels, culturels, sociétaux, institutionnels...

J'en ai eu un témoignage ce matin même. Une collègue n'a pas fait de signalement, parce qu'elle a eu peur que la victime soit placée en foyer, compte tenu de tout ce que les médias racontent à ce sujet. Elle s'est dit : « Si je signale, ne vais-je pas envoyer cette enfant dans un foyer, où elle sera recrutée par un réseau prostitutionnel, pour de l'exploitation sexuelle ? » L'état de santé de notre système joue bien évidemment sur la confiance que les professionnels eux-mêmes ont dans ce système. Même lorsque la situation ne nécessite pas un placement – en l'occurrence, on en était loin ! – et que l'on peut d'abord faire d'autres choses, c'est tout de suite cette représentation-là qui s'impose : un signalement entraînera un placement, donc le recrutement de la victime par un réseau de prostitution. C'est sûr que, dans ces conditions, moi, je ne signale pas !

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Je vous remercie, mesdames, pour tout ce que vous nous apportez dans le cadre de cette audition.

Je reviens sur l'hétérogénéité des pratiques territoriales. Parmi les raisons potentielles, vous avez évoqué la nécessité de se mettre à hauteur d'enfant et de savoir ce qu'est un enfant. Vous avez aussi parlé de la formation. Avez-vous identifié d'autres raisons qui pourraient expliquer cette hétérogénéité territoriale ?

Vous avez aussi parlé du refus d'examen de la part de l'enfant et du fait de le valoriser. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet ?

Vous avez évoqué le besoin d'une formation de meilleure qualité pour les magistrats, les officiers de police judiciaire et les professionnels médicaux et paramédicaux amenés à encadrer l'enfant dans son parcours.

Vous avez également souligné la nécessité de disposer d'espaces d'échanges avec les magistrats. Avez-vous une idée de la régularité avec laquelle devraient se tenir ces échanges ? Faut-il prévoir un espace d'échanges pour chaque affaire ? Des dispositifs plus institutionnalisés, comme un rendez-vous annuel, seraient-ils pertinents ? Avez-vous des pistes à proposer à ce sujet ?

Enfin, on sait que les UMJ ne sont accessibles que sur réquisition judiciaire, mais est-ce que tout un chacun – un parent protecteur, par exemple – peut se présenter avec son enfant

dans une Uaped, en première intention, sans y avoir été incité ou sans être allé voir la police au préalable ? Comment serait-il accueilli ?

Mme Martine Balençon. Pour réduire les inégalités territoriales, la solution réside dans les capacités de formation de chaque territoire, en fonction de ses propres atouts. Je n'ai pas d'autre réponse à vous apporter que de dire qu'il faut travailler à cette échelle.

Dans les dispositifs de protection de l'enfance, il importe de travailler avec des acteurs engagés. D'un côté, on voudrait des Uaped conformes à l'instruction, mais d'un autre côté, il faut des professionnels volontaires, ayant le courage de travailler sous le regard des autres – médecins légistes, infirmières, psychologues, etc. – et d'accepter que l'ensemble du service monte en compétences. On ne peut pas se forcer à travailler dans une Uaped, il faut y aller de bon gré.

Vous nous avez interrogées sur la valorisation du refus, par l'enfant, de l'examen clinique, dont on connaît la « rentabilité » – je mets des guillemets, parce qu'il me semble délicat de parler de rentabilité dans des situations de violences incestueuses sur de petits enfants.

Si l'enfant refuse l'examen, on peut toujours le lui proposer à nouveau. Dans tous les cas, puisque nous sommes dans une dynamique de « prendre soin », on peut aussi lui dire : « Tu ne veux pas que je t'examine ? Je t'entends, je t'écoute et je respecte ton choix. » L'objectif de la violence sexuelle incestueuse, c'est l'annihilation et la réification de l'enfant.

Plutôt que se dire qu'on ne va pas pouvoir répondre au parquet, qu'on ne va pas pouvoir rendre un avis, il faut se dire qu'on va prendre un autre temps, celui de l'enfant, en se mettant à sa hauteur. Il arrive très régulièrement que des enfants refusent les examens ; ce n'est pas grave, nous les reprogrammons. Des consultations sont annulées, des enfants ne viennent pas ou des examens ne se font pas, mais ce n'est pas grave : l'enjeu est avant tout d'être à l'écoute des enfants et de ne pas forcer les examens. L'enfant n'est pas un objet.

Comme le prévoit le code de l'éducation, la formation doit se faire en interprofessionnel, et de façon transversale. En matière de sensibilisation des professionnels de santé, l'idée est d'être dans une dynamique de formation continue, autour des violences prises au sens large, mais aussi des violences sur mineurs. En effet, il peut y avoir une invisibilisation des violences sur mineurs par les violences intrafamiliales et les violences faites aux femmes ; nous devons y prendre garde.

Vous avez parlé des espaces d'échanges. Il est important d'avoir des comités de suivi et de pilotage, mais il est primordial de cultiver son capital confiance auprès des magistrats et des travailleurs sociaux. Il n'est peut-être pas nécessaire de les solliciter pour chaque situation, mais il faut être capable de les avoir en ligne. Pour les situations complexes, l'Uaped étant identifiée, dans le cadre de l'instruction, comme le service hospitalier s'occupant des violences sur mineur, il importe de cultiver, pendant les temps calmes, un capital confiance qui autorise les échanges.

De par mon expérience, je suis très attentive à la tension interprofessionnelle, et j'y prends particulièrement garde s'agissant de mes équipes. Lorsque les désaccords interprofessionnels dépassent l'entendement, c'est que la violence nous contamine. Ces désaccords, parfois profonds, sont le signe, plus que d'une opposition frontale, de l'extrême gravité de la situation.

Les temps d'échanges ponctuels sur les dossiers sont utiles, mais il faut aussi des temps un peu « macro », pour se dire que le dernier dossier était compliqué ou qu'on ne s'est pas compris. Outre nos formations, initiales et continues, ces temps d'échanges sur les dossiers sont cruciaux. Je ne reçois pas de retours sur tous les dossiers que je signale, mais je sais que cet échange est possible si j'en ai besoin ; réciproquement, si un enquêteur m'appelle, je lui répondrai.

Dans l'idéal, les Uaped sont des systèmes à double entrée : par la procédure judiciaire, d'une part, avec l'audition, l'examen médico-légal et la prise en soin ; par la voie médicale, d'autre part, à la demande de parents ou d'un médecin traitant, inquiets pour un enfant qui pourrait être victime de violences – comme ils demanderaient un avis médical pour une suspicion de diabète, par exemple.

Dans ma pratique et dans les services dans lesquels j'ai été amenée à travailler, j'ai toujours privilégié les demandes de parents relayées par un médecin généraliste, qui est un acteur de terrain. Il ne faudrait pas que les parents pensent que l'Uaped est un lieu magique, où l'on pourrait déceler les violences ; il s'inscrit dans un parcours. Nous devons garder dans notre viseur cette dynamique de parcours : si notre avis ne se nourrit pas de l'avant ou de l'après, c'est que nous nous sommes trompés. Il est important que le parent puisse nous solliciter, en remettant éventuellement le médecin généraliste dans la boucle. Il s'agit pour nous de trouver la meilleure façon de se caler avec les interlocuteurs de terrain et les familles, pour dessiner un parcours pour l'enfant. C'est ce parcours et le maillage qu'il suppose qui sont essentiels ; il ne faut pas que l'une ou l'autre partie soit dans une position de toute-puissance.

Mme Mélanie Dupont. S'agissant de l'hétérogénéité des pratiques, l'une des solutions est en effet de bien se connaître. Le capital confiance dont parlait Mme Balençon consiste à savoir qui sont les magistrats et les officiers de police judiciaire, et à connaître leurs enjeux, leurs objectifs et leurs contraintes.

Quand ça ne va pas, il est humain de rejeter la faute sur l'autre. On ne va pas se mentir : de temps en temps, c'est ce que nous nous disons ! Mais quand on rencontre les magistrats et les policiers, on comprend bien que ce n'est pas du tout leur faute !

Il est beaucoup plus simple d'être face à un humain que face à une fonction, qui peut faire peur. Il est important d'avoir des moments d'échanges, de s'inscrire dans un réseau, de disposer d'espaces d'échanges opérationnels – et pas uniquement théoriques, en position « méta ». Ces moments d'échanges sont divers : pendant la procédure, je sais que je peux appeler ; après la procédure, un retour d'expérience permet d'analyser ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné, et pourquoi ; il faut aussi organiser des temps conviviaux.

Nous vivons dans une société où l'on ne prend plus le temps de se connaître. Si, en allant à une réunion pour revenir sur une situation donnée, je sais que mon service sera potentiellement incriminé par un autre service, je n'aurai pas envie de m'y rendre. Il s'agit de créer de la cohésion et de la sécurité pour les professionnels, qui en ont besoin autant que les enfants et les accompagnants.

Finalement, on en revient à l'enjeu du temps : ai-je suffisamment de temps, pour appeler l'autre professionnel, pour le rencontrer ? J'ai parfois des palpitations en me demandant à quel moment intégrer telle ou telle chose dans mon emploi du temps... Il faudrait institutionnaliser ce temps qu'on n'a plus. On rédige des notes, derrière nos ordinateurs, mais à quel moment opère-t-on une véritable transmission, d'humain à humain ?

Enfin, vous avez évoqué la valorisation du refus d'un examen par un enfant. Du point de vue psychologique, un refus est très important. Ces enfants ont subi des choses et ont été plongés dans une passivité extrême. Lorsqu'ils s'opposent ainsi à un adulte, à une autorité – c'est la police ou la gendarmerie qui leur a dit de venir –, c'est magique : ils peuvent à nouveau être acteurs de leur vie ! Pour nous, c'est un très bon pronostic ; c'est plus encourageant qu'un enfant qui se soumet, à nouveau, à la posture de l'adulte qui lui demande ou l'oblige à passer cet examen.

Mme la présidente Maud Petit. C'est l'éducation qu'on donne aux enfants : obéir, être sage. Les parents sont fiers lorsque leurs enfants ne disent pas un mot et ne bougent pas, alors qu'il faudrait au contraire qu'ils bougent, pour montrer qu'ils sont en pleine forme.

Mme Mélanie Dupont. Absolument.

Certaines UMJ reçoivent sans réquisition ; cela dépend des moyens et des cultures. Je crois que dans toutes ces situations, on devrait avoir accès à un médecin légiste. Recourir à un médecin légiste spécialisé pour évaluer la situation, sans nécessairement vouloir déposer plainte, c'est une question de justice.

Mme Martine Balençon. C'est ce que proposent les Uaped.

Mme Mélanie Dupont. Oui. Dans les Uaped, d'ailleurs, nos collègues sont submergés par le travail. Si on encourage les parents à s'y présenter spontanément, ils seront mal reçus. D'où la nécessité d'inscrire la démarche dans un parcours, afin de coordonner et d'organiser cet accueil : ainsi, lorsqu'ils viendront, ils seront bien accueillis, par des professionnels disponibles.

De notre côté, celui des institutions, nous sommes pris par de multiples rendez-vous et une certaine rigidité. Nous essayons de faire au mieux, mais réfléchir à tout cela nous aiderait.

Mme Martine Balençon. Lorsque nous parlons d'accès à des soins spécialisés, notamment à un médecin légiste, il s'agit d'accéder à une structure qui saura prendre en charge les enfants.

L'ADN du médecin légiste, c'est d'être un auxiliaire de justice et de constater. Ainsi, les femmes victimes de violences demandent à avoir accès à des maisons des femmes pour être soignées et faire constater ce qui leur est arrivé. Pour les enfants victimes de violences, il est tout aussi important d'être reçu par quelqu'un qui sait, et qui va enclencher la dynamique soin-protection-constat-évaluation – c'est-à-dire la préservation de la preuve.

En dehors des procédures judiciaires, c'est une bonne chose que les pédiatres le fassent, mais ils doivent avoir reçu la formation idoine. Les Uaped, qui doivent compter sur les professionnels de la médecine légale, connaissent une montée en compétences : de la même manière qu'un médecin légiste va monter en compétences en pédiatrie en rencontrant des enfants avec son collègue pédiatre, le pédiatre montera en compétences en médecine légale. Il est essentiel de connaître ses propres limites : si un pédiatre n'est pas capable de pratiquer un examen, il doit le dire. Plus largement, les limites de chaque praticien doivent être connues et éventuellement communiquées.

Je me permets d'insister sur l'enjeu de l'univers pédiatrique, que nous avons évoqué à la SFPML. Personne n'aurait l'idée de placer un enfant de six mois souffrant d'une bronchiolite dans un service de réanimation pour adultes. C'est la même chose pour les enfants victimes de

violences. C'est même pire : un enfant victime de violences n'est pas représenté dans le système de santé, dans la démocratie sanitaire. Nous devons pallier ce problème.

M. Christian Baptiste, rapporteur. L'enseignement relatif aux violences physiques et sexuelles relève-t-il d'une obligation nationale, ou chaque université doit-elle décider de le dispenser ?

Mme Martine Balençon. Une réforme du deuxième cycle des études médicales, dont la date m'échappe, visait à y intégrer l'item relatif aux violences physiques et sexuelles – c'est l'item 57. Cet item de rang A et B est nécessaire pour passer le concours de l'internat ; sa connaissance fait l'objet d'une exigence particulière.

Lors de cette réforme du deuxième cycle, un gros effort a été fait pour renforcer l'apprentissage des questions relatives aux violences et aux maltraitances. Cependant, pour que cet enseignement soit retenu, sa présence dans les programmes n'est pas suffisante : il faut aussi qu'il tombe aux épreuves, c'est-à-dire qu'il fasse partie des questions posées au concours de l'internat – ce qui est le cas.

Ces enjeux sont donc bien enseignés, mais il faut garder à l'esprit la grande quantité de connaissances qu'on demande à un étudiant en médecine. Les violences sur mineurs concernent 10 % à 15 % des pathologies, soit la même fréquence que l'asthme.

Mme Mélanie Dupont. S'agissant des études de psychologie, les formations initiales sont beaucoup plus hétérogènes. Cet enjeu n'est pas aussi fléché que dans les études de médecine : c'est à la libre appréciation de chaque université. On peut, par exemple, parler beaucoup de psychotrauma, mais sans parler des violences, des signalements, du schéma de protection de l'enfance ou des questions qui s'y rapportent, comme celle de la relation entre l'obligation de signalement et le secret professionnel.

Mme Émilie Bonnivard (DR). Vous avez parlé d'hétérogénéité : les Uaped disposent-elles d'un nombre minimal de professionnels médicaux dotés des mêmes compétences ? Madame Balençon, vous êtes pédiatre médico-légal : y a-t-il un pédiatre médico-légal dans chaque Uaped ?

Mme Martine Balençon. Comme les dinosaures, les pédiatres médico-légaux sont voués à l'extinction, car il faut désormais une double compétence pour être pédiatre et médecin légiste. Pour ma part, je suis pédiatre de formation et capacitaire en médecine légale, parce que j'ai étudié cette discipline quelques années après la fin de mon internat.

Jusqu'en 2017 – ou en 2020, dans certaines facultés –, pour se former en médecine légale, il fallait être médecin généraliste ou spécialiste et passer un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC), directement après les études de médecine. Il était également possible d'obtenir une capacité en médecine légale.

En 2017, la médecine légale est devenue une spécialité, enseignée en quatre ans. Après une phase d'apprentissage des connaissances du socle, il y a une phase d'approfondissement de deux ans, puis une phase de consolidation – aussi appelée « doc junior ». Les attendus spécifiques sont déclinés phase par phase. Les pédiatres, quant à eux, suivent une formation de spécialisation de cinq ans : l'enseignement s'organise selon les trois mêmes phases, celle d'approfondissement durant trois ans.

Il faudrait que la pédiatrie médico-légale et la protection de l'enfance figurent dans le diplôme d'études spécialisées (DES) de pédiatrie, comme elles le sont dans celui de médecine légale. À ce jour, nous n'avons pas encore vu émerger de praticiens titulaires d'un double DES de pédiatrie et de médecine légale.

C'est pourquoi il est si important de travailler en collégialité : il faut valoriser la complémentarité des exercices, qui entraîne la montée en compétences des différents praticiens et rend les Uaped encore plus essentielles. On pourrait s'inspirer de ce qui se fait aux États-Unis et au Canada, où les formations sont différentes.

L'université de Caen dispense un enseignement en simulation pour les pédiatres « docs juniors », portant sur l'annonce des signalements judiciaires et des informations préoccupantes, et propose des phases d'enseignement spécifique sur les grands éléments de la pédiatrie médico-légale, ainsi qu'un entraînement aux écrits, qui peut être pratiqué en situation.

Mme Émilie Bonnivard (DR). J'imagine que c'est vous qui avez instauré cet enseignement à Caen, mais que cela n'existe pas partout en France.

Mme Martine Balençon. La décision de proposer de tels enseignements appartient aux coordonnateurs de DES.

Mme la présidente Maud Petit. Savez-vous, même approximativement, combien il y a de médecins légistes et de pédiatres en France ? Avec d'autres collègues, je mène un combat contre la disparition des pédiatres – mais aussi des gynécologues –, qui est un véritable enjeu : nous allons manquer de médecins spécialisés dans l'enfance.

J'aimerais aussi vous poser des questions sur la parole de l'enfant et celle du parent protecteur. Comment réagissez-vous à l'usage, par certains psychologues, psychiatres controversés, experts et avocats, du concept pseudoscientifique de syndrome d'aliénation parentale ? Y avez-vous été confrontées ?

Quels sont les risques de confusion entre suggestion, aliénation et protection parentale ? Cette confusion est au cœur de nos travaux.

Enfin, comment éviter que la parole de l'enfant soit disqualifiée par des interprétations psychologisantes ? J'entends par là le fait d'attribuer un comportement, une émotion ou une parole à une cause psychologique supposée, en l'absence de preuve ou de méthode, et parfois par des intervenants qui n'en ont pas les compétences.

Mme Martine Balençon. Il y a environ 8 000 pédiatres en France ; je ne connais pas le nombre d'internes formés chaque année. En 2022, il y avait 161 médecins légistes, et vingt-six postes étaient ouverts.

Je laisserai Mélanie Dupont répondre à votre question portant sur le syndrome d'aliénation parentale, puisque cela relève du champ de la psychologie. Néanmoins, comme pour le syndrome de Münchhausen, l'aliénation parentale se conçoit du point de vue de l'adulte et non de celui de l'enfant. Par conséquent, la réponse est, de fait, brouillée. Notre travail de praticiens auprès des enfants victimes de violences consiste à nous prononcer au vu de leurs besoins et de leurs symptômes. Qui sommes-nous pour juger un comportement parental ? Il faut toujours se prononcer depuis la place de l'enfant, et non depuis celle de l'adulte.

Mme Mélanie Dupont. Ce concept d'aliénation parentale sert typiquement à trouver un point d'appui pour discréditer la parole de l'enfant. Il n'a aucune base scientifique et n'est pas reconnu par la communauté scientifique. Il emporte des conséquences désastreuses en matière de discréditation de la parole de l'enfant.

Les situations sont d'une complexité sans nom. Si on part du principe qu'elles seront simples à traiter, ou si on décide de les traiter comme telles, c'est fichu !

Bien évidemment, un enfant est suggestible : la réaction parentale, quelle qu'elle soit, aura un impact sur lui. Un enfant peut dire des choses qui ne sont pas exactement la réalité, voire des mensonges ; ce n'est pas pour autant qu'il ne se passe rien.

Pour comprendre, il faut, encore une fois, se mettre à hauteur d'enfant : quelle est la réalité de cet enfant, qui pourrait expliquer telle ou telle parole ? Qu'est-ce qu'il vit, et pourquoi réagit-il ainsi ? Le concept d'aliénation parentale est une émanation de l'infantisme, qui a une dimension sociétale : quel regard portons-nous sur les enfants ? On considère que ces petits êtres si mignons doivent obéir et ne peuvent s'exprimer s'ils ne vont pas dans le sens des adultes. Toutes ces représentations parasitent notre lecture de l'enfant. Très souvent, la lecture de l'adulte prend le pas sur la lecture de l'enfant.

De nombreuses fois, à la fin d'un rendez-vous, je me suis dit : « Et l'enfant dans tout ça ? On n'en a pas parlé ! » On est pris par des enjeux et des préoccupations d'adultes. Parfois, des parents protecteurs prennent beaucoup de place – et on les comprend ! Ils s'agitent, essaient de protéger, n'y arrivent pas toujours, et on en revient souvent à leur lecture. Il faut alors se remettre au niveau de l'enfant, ce qui est très difficile. Même des parents protecteurs amènent cette suggestibilité chez l'enfant, mais ce n'est pas de l'aliénation parentale.

Quels moyens nous donnons-nous, professionnels, pour essayer de décrypter les choses ? Est-ce uniquement de l'angoisse parentale ? Dans la majorité des cas, ce n'est pas que cela : il y a des faits.

M. Christian Baptiste, rapporteur. Vous dites qu'un enfant peut mentir. Avez-vous des statistiques relatives aux mensonges des enfants dans les cas d'inceste parental ?

Mme la présidente Maud Petit. Pour compléter, je voudrais vous demander ce que serait ce mensonge. Qu'est-ce qui permet de dire qu'un enfant ment, à un moment donné ?

Mme Mélanie Dupont. Je n'ai plus les chiffres en tête, mais des études ont été menées sur les mensonges des enfants dans des cas d'inceste.

On distingue trois cas de figure : l'affabulation de l'enfant ; l'angoisse des mères à propos de ce que leur enfant a éventuellement subi, qui fait parfois écho à leur histoire personnelle ; les faits effectivement subis par l'enfant.

Du point de vue statistique, le cas de figure le plus fréquent est le dernier : les enfants ont subi des faits. L'affabulation représente un très faible pourcentage. Pour ce qui est de l'angoisse maternelle, c'est plus complexe : elle peut être déclenchée et exacerbée parce qu'il y a des faits. Souvent, on ne retient qu'une chose : « il arrive que les enfants mentent », alors que dans la majorité des cas, ils ne mentent pas.

Il arrive que des enfants mentent, et il arrive qu'ils se rétractent ; mais une rétractation ne signifie pas qu'un enfant a menti, car elle peut faire partie du processus de révélation. Un

enfant peut se dire : « Quand je vois les réactions à mes révélations, quand je vois le tsunami qu'elles ont causé, je vais me rétracter. »

Un enfant peut aussi maintenir qu'il a menti au sujet de ce qui s'est réellement passé, mais il n'a pas menti sur le fait qu'il a été victime. Parfois, ce n'est pas le bon auteur ; parfois, les faits ne sont pas exactement ceux qui sont survenus. Si on s'arrête là en lui disant qu'il a menti, si on ne creuse pas, on n'aboutira pas. Il faut se demander pourquoi un enfant ment : il ne ment pas pour rien.

Mme la présidente Maud Petit. Oui, si l'enfant a menti, c'est qu'il y a un autre problème quelque part.

Mme Mélanie Dupont. Tout à fait.

Mme la présidente Maud Petit. Est-ce qu'un enfant peut volontairement désigner quelqu'un d'autre pour ne pas incriminer l'auteur réel ?

Mme Mélanie Dupont. Oui, volontairement ou involontairement, consciemment ou inconsciemment. C'est toute la complexité du cerveau : les mécanismes de défense peuvent être massifs. L'enfant est convaincu, parfois jusqu'à l'âge adulte, que l'auteur est untel, parce que son cerveau ne peut accepter l'idée qu'en réalité c'est son père, par exemple. Ces mécanismes de défense, notamment l'amnésie, sont très puissants, parce qu'ils sont là pour nous protéger. Cela nous met en grande difficulté.

M. Christian Baptiste, rapporteur. Rencontrez-vous souvent des situations de trouble dissociatif de l'identité ?

Mme Mélanie Dupont. Non, pas fréquemment. Le trouble dissociatif de l'identité est plutôt rare – nous vous transmettrons des chiffres, ce trouble est bien référencé.

En revanche, il nous arrive de rencontrer des enfants dissociés : des parties d'eux subissent cette dissociation, qui surgit au moment des témoignages. Ainsi, un enfant qui nous dit « je me souviens très bien que le stylo était bleu, mais je ne me souviens pas du tout de ce qui s'est passé » n'est pas en train de mentir ; son cerveau l'a protégé en déclenchant cette fixation sur le stylo bleu.

En matière de diagnostic, on va trouver des éléments ou des symptômes dissociatifs, plutôt qu'un trouble dissociatif de l'identité. C'est ce qu'il nous faut approfondir, mais c'est parfois très difficile, parce que les symptômes dissociatifs peuvent faire penser à plein d'autres affections.

Mme la présidente Maud Petit. Comment expliquer aux magistrats ou à la police judiciaire que même si l'enfant n'a pas nommé le véritable auteur, il est néanmoins victime ? Comment éviter la réduction de sa parole ?

Mme Mélanie Dupont. On en revient au sujet de la formation : il faut parler le même langage, c'est-à-dire savoir ce qu'est un enfant, ce qu'est un trauma, ce qu'est l'inceste.

Nous parlions tout à l'heure du déni et de nos résistances ; il est beaucoup plus confortable de penser qu'un enfant a menti que de croire qu'il a dit la vérité. Il faut donc réfléchir aux dispositifs, notamment de formation, à mettre en place pour lutter contre cela et donner une place à la parole de l'enfant – elle n'en a aujourd'hui aucune.

Je n'ai pas de solution miracle, mais lorsque je parle de formation, je veux dire qu'il va falloir marteler certaines choses. La situation évolue, on le voit – les magistrats n'ont plus de formation sur l'aliénation parentale, par exemple –, mais on ne pourra rien faire sans un langage commun : il faut savoir de quoi on parle et, surtout, de qui on parle.

Mme la présidente Maud Petit. Existe-t-il des difficultés dans la conservation, la traçabilité ou l'exploitation des éléments médico-légaux ?

Quels sont les principes qui vous guident pour établir une incapacité totale de travail (ITT) s'agissant de mineurs ?

Mme Martine Balençon. Le problème principal, en matière de traçabilité, est que nous ne sommes pas dans des situations de flagrance. Tracer des éléments médico-légaux est très compliqué, quand bien même on trouverait de l'ADN. Dans les situations dont il est question, les éléments probants, du point de vue matériel et judiciaire, sont grandement absents.

L'incapacité totale de travail est souvent demandée par les enquêteurs. La médecine légale ne fait que répondre à la réquisition, rien qu'à la réquisition ; en d'autres termes, si une ITT est demandée, nous l'évaluons, mais si elle n'est pas sollicitée, nous ne l'évaluons pas.

La question se pose de la pertinence de recourir à cet outil, pour lequel il n'existe pas de barème national. L'ITT est une appréciation de l'incapacité fonctionnelle du plaignant, mais elle n'est pas une unité de mesure déposée. Il est difficile de se prononcer de façon reproductible, contrairement à la mesure du poids d'un enfant, par exemple, qui fait appel à une unité fiable. La pertinence de la demande d'ITT et la façon dont il en est tenu compte dans le déroulement de la procédure pénale sont donc des questions essentielles, mais elles sont à la main des magistrats.

Mme Mélanie Dupont. L'absence de symptômes psychologiques ne signifie pas qu'il ne s'est rien passé. Certaines victimes semblent aller bien, mais parce qu'elles ont souvent un fonctionnement dissocié : elles « fonctionnent ». De plus, les jeunes enfants ne savent pas que ce qu'ils vivent n'est pas normal, et les symptômes peuvent survenir plus tard. Qu'en faisons-nous ?

Je vous remercie d'avoir posé la question de l'ITT : c'est un sujet qui nous embête beaucoup, nous, les psychologues. Normalement, une ITT est médicale, puisqu'elle est établie par un médecin ; toutefois, au sens de la Haute Autorité de santé (HAS), elle englobe les aspects médicaux, somatiques et psychiques.

Là encore, l'hétérogénéité est grande à l'échelle du territoire. Il arrive que des psychologues participent à la mesure de l'ITT, soit en binôme avec les médecins, qu'ils aident pour la quantification, soit en recevant seuls l'enfant. Parfois, on demande à des psychologues d'établir eux-mêmes une ITT. Enfin, certains psychologues établissent des ITT psychologiques ; on peut alors se retrouver avec deux types d'ITT.

Dans les situations de violences incestueuses, cette hétérogénéité est particulièrement embêtante. Tout d'abord, les ITT ne serviront pas à la qualification pénale des faits. Ensuite, du point de vue psychologique, comment évaluer quantitativement l'impact fonctionnel des faits sur la vie de la victime ? On ne le peut pas. Certains fonctionnements psychiques handicapent l'enfant ; les conséquences des faits sont telles qu'elles sont envahissantes.

Mme la présidente Maud Petit. Et elles peuvent perdurer toute la vie, alors que les ITT ont une durée déterminée.

Mme Mélanie Dupont. Du point de vue psychique, il est toujours très difficile de quantifier des symptômes, mais c'est une difficulté suprême s'agissant de violences précoces chroniques.

Mme Martine Balençon. L'ITT est un bon outil pour des violences ponctuelles, ce que ne sont pas les situations incestueuses. C'est une cotation en nombre de jours, qui porte sur une incapacité fonctionnelle – physique et psychique. Il faut parfois décomposer ces deux dimensions de façon artificielle, qui varie selon les territoires.

Vous pourriez préconiser de ne plus utiliser les ITT en matière de violences incestueuses, pour lesquelles elles ne présentent aucun intérêt.

Mme la présidente Maud Petit. Je vous remercie infiniment pour votre expertise, qui nous a éclairés.

La séance s'achève à seize heures cinquante.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Ségolène Amiot, M. Christian Baptiste, M. Arnaud Bonnet, Mme Émilie Bonnivard, Mme Florence Herouin-Léautey, Mme Catherine Ibled, Mme Marietta Karamanli, Mme Sandrine Lalanne, Mme Joséphine Missoffe, Mme Maud Petit, Mme Béatrice Roullaud, Mme Céline Thiébault-Martinez