

LES EXPERTISES PENALES CHEZ L'ENFANT¹

Gérard LOPEZ*

Résumé

Le problème de la crédibilité des allégations est complexe. On assiste actuellement à une sorte de retour de « balancier » responsable d'un fâcheux discrédit. Comme à l'époque de Tardieu, le corps social se met à douter des enfants. La polémique sur les faux souvenirs laisse peser une fois de plus une lourde suspicion sur la parole des enfants. Les mères sont accusées de manipuler leurs enfants lors des procédures de divorce et des conflits de droit de garde.

Mots clés : Abus sexuel, Victime, Affect de honte, Niveau de développement, Etat de stress post-traumatique.

1. Cet article est directement tiré du chapitre correspondant dans Lopez G., Portelli S. et Clément S., *Les droits des victimes : victimologie et psychotraumatologie*, Dalloz, Paris, 2003.

* Psychiatre, Directeur de l'Institut de Victimologie de Paris. Psychothérapeute.

Chez l'enfant, l'expert judiciaire intervient dans le cadre classique de l'expertise pénale¹ pour tenter de résoudre les questions concernant :

- le retentissement psychologique des faits présumés ou avérés,
- la crédibilité de l'enfant.

Il peut également intervenir au plus près des faits, dans une unité de médecine légale clinique, auxiliaire de justice, conformément à l'article 60 du Code de procédure pénale pour éclairer l'officier de police judiciaire et le parquet.

Le problème de la crédibilité des allégations est complexe.

On assiste actuellement à une sorte de « retour de balancier » responsable d'un fâcheux discrédit des allégations d'enfants. Comme à l'époque de Tardieu, le corps social se met à douter des enfants. L'épidémie de « personnalités multiples » et les retentissants procès américains concernant des faits impossibles à prouver, la polémique sur les « faux souvenirs », laissent peser une fois de plus une lourde suspicion sur la parole des enfants. Les mères sont accusées de manipuler leurs enfants lors des procédures de divorce et des conflits de droit de garde. Sans le moindre recul, certains brandissent des chiffres ahurissants : ces fausses accusations atteindraient 70 % des plaintes ! 90 % des fausses allégations d'abus sexuels concerneraient des enfants de moins de 5 ans. Il est évidemment impossible de vérifier de tels chiffres qui se discréditent par leur caractère outrancier et leur manque de scientificité. Ceux qui les diffusent ignorent probablement qu'il existe un « chiffre noir de la criminalité », lequel est considéré comme important dans le contexte des violences sexuelles. Les statistiques officielles, quant à elles, montrent un nombre sans cesse croissant de dépôts de plainte ou de procédures judiciaires. Selon l'Observatoire national de l'action sociale centralisé, les signalements d'abus sexuels sur les enfants ont augmenté de + 18 % et le nombre de saisine judiciaire de + 20 %, entre 1995 et 1996. Cette campagne est

1. Lopez G., Le rôle de l'expertise pénale dans la maltraitance. *Neuropsychiatrie, Enfance et Adolesc.*, 1999, 47 (5-6), 296-300. - Grandmontagne O., Moron P. et coll. Intérêt de l'expertise en matière d'assistance infantile. Extraits du compte rendu du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, LXVI^e Session - Clermont Ferrand, 16-21 septembre 1998.

menée par des associations de pères en colère, dont les objectifs sont honorables dans leurs principes. A l'association SOS Papa, par exemple, se tiennent des réunions sur les fausses allégations d'attouchements sexuels. A leurs propos, Bernard Fillaire écrit : « les animateurs font parler les nouveaux. Il faut que ça sorte ! Dans cette permanence, il n'y a même pas la place pour un « très petit feu ». C'est le seul lieu où un père sait, les premières semaines suivant l'accusation, que sa parole ne sera pas remise en cause. Et même si rien ne garantit qu'il n'y a pas un « coupable » dans l'assemblée, ce qui les réunit est la force avec laquelle ils affirment leur innocence et leur droit de voir librement leur enfant¹ ». Nous craignons en effet que des coupables se glissent dans ces commissions.

On déplore un nombre croissant de classements sans suite, bien que les fausses allégations demeurent exceptionnelles. Certains confrères ont été très lourdement sanctionnés par l'Ordre des médecins pour infraction à l'article 51 du Code de déontologie médicale qui stipule : « le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille, ni dans la vie privée des patients ».

Mais lorsqu'un professionnel de la santé discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de 15 ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Il serait probablement plus simple qu'il existe en France, une obligation de signalement comme au Danemark, Autriche, Royaume-Uni, Etats-Unis.

L'EXAMEN

La recherche indique qu'il est rare qu'un *jeune* enfant livre de fausses allégations concernant une agression sexuelle, mais il peut être conditionné à donner des fausses informations. Le plus souvent celles-ci portent sur les détails périphériques de l'agression et non pas sur l'événement central (l'agression sexuelle elle-même). Pour limiter ce problème délicat, il faudrait interroger l'enfant au plus près de la première révéla-

1. Fillaire B., *La douleur des pères*. Stock, 1998, p 110.

tion (comme le prévoit la loi du 17 juin 1998) et s'assurer qu'il sera en sécurité après l'entretien. L'enregistrement vidéo prévu par la loi pourrait être une aide précieuse. Il ne constitue pas une réelle difficulté pour les enfants qui oublient très vite la présence de la caméra. Ce sont les modalités techniques de l'entretien qui posent problème.

De nombreux autres facteurs peuvent perturber l'examen d'un enfant présumé victime d'agression sexuelle : les pressions exercées par l'entourage, certaines émotions suscitées par l'examen comme la honte ou la peur, et la pathologie psychotraumatique elle-même : un éventuel trouble dissociatif ou l'évitement lié à un ESPT. Pour lutter contre les possibles affects de honte, il faut maintenir une attitude neutre, calme et posée, mais chaleureuse. L'examineur doit posséder une connaissance approfondie de l'univers infantin : préoccupations, lectures, musique, émissions favorites, etc.

Un cadre adapté, spécialement meublé, constitue un outil indispensable. Il est fréquent que l'évaluateur examine l'enfant à même le sol. Il faut disposer de jouets et d'outils adaptés : crayons, papier, pâte à modeler, poupées, marionnettes, deux téléphones, une maison de poupées ou des meubles de poupées.

Avant de commencer son entretien, l'évaluateur, utilisant un vocabulaire adapté, se présente en disant clairement quels sont les motifs de l'examen et son rôle. Si l'enfant ne connaît pas les motifs de l'examen, il peut lui relire sa révélation initiale, s'il en a fait une.

Le premier temps de l'examen est long. Il consiste à créer un climat de confiance et à évaluer le niveau développemental de l'enfant, lequel évolue très rapidement entre deux et sept ans. L'expert doit donc posséder une parfaite connaissance des possibilités cognitives de l'enfant en fonction de son âge et de sa pathologie éventuelle. Comment appréhende-t-il le temps ? Quelle est sa connaissance des chiffres ? Quelle est l'étendue et la nature de son vocabulaire ? Comment désigne-t-il les parties du corps (en s'aidant de dessins ou poupées anatomiquement correctes) ? A-t-il tendance à dire systématiquement oui ou non ? etc.

NIVEAU DÉVELOPPEMENTAL : VOCABULAIRE

- Chaque enfant donnera des noms particuliers aux organes génitaux.
- Certains enfants, du fait de leur éducation, peuvent se sentir gênés de dire certains mots (ceci est particulièrement le cas pour les enfants entre 4 et 6 ans).

Des enfants victimes d'agression sexuelle pourraient utiliser des mots « vulgaires » pour les organes sexuels, ainsi que pour les actes sexuels : il est possible, voire probable, qu'ils les ont appris avec l'agresseur.
- Il faut maintenir une attitude calme et posée si l'enfant utilise des termes vulgaires pour désigner les organes et les actes sexuels. - Il faut toujours identifier et utiliser le vocabulaire de l'enfant pour désigner les organes sexuels et les actes sexuels.

ENTRE 2 1/2 ET 3 ANS, UN ENFANT PEUT	ENTRE 2 1/2 ET 3 ANS, UN ENFANT AURA DU MAL
- répondre « oui » ou « non » à une question - reconnaître les couleurs primaires - dire où l'agression a été commise - montrer la différence entre : - derrière - en bas (dessous) - en haut (dessus) - identifier les parties du corps - avoir un souvenir précis (à 3 ans) de l'événement central	- avec les concepts de vérité et de mensonge - avec le concept de temps (heures, dates) - avec les pronoms : il, elle - à donner un nom à un agresseur qu'il ne connaît pas très bien - à se souvenir spontanément d'un événement survenu dans le passé - à donner des informations détaillées sur un acte sexuel s'il ne l'a pas expérimenté lui-même. - à dire spontanément qu'il n'a pas la réponse à une question - à répondre « OUI » à une question

ENTRE 4 ET 6 ANS, UN ENFANT PEUT	ENTRE 4 ET 6 ANS, UN ENFANT AURA DU MAL
- dire ce qui s'est passé lors de l'agression - dire qui est l'agresseur - dire approximativement quand il a été agressé - reconnaître la différence entre la réalité et l'imagination - utiliser correctement les pronoms il et elle - avoir très peur des menaces - être conditionné par un adulte avant l'entretien	- à séparer les multiples incidents d'agressions sexuelles répétées - à se souvenir spontanément d'un événement survenu dans le passé - à donner des informations détaillées sur un acte sexuel s'il ne l'a pas expérimenté lui-même. - à dire spontanément qu'il n'a pas la réponse à une question - à répondre « NON » à une question

Pour le recueil des informations médico-légales proprement dites, il faut poser des questions ouvertes et en aucun cas suggestives. Il faut par conséquent éviter les questions dont la réponse est oui/non, et ne jamais suggérer une ou des personnes ou des actes précis. On peut cependant se renseigner sur les « choses » qu'il aime ou n'aime pas, lui demander s'il a un problème ? Quelle distinction fait-il entre les « *bons câlins et les mauvais câlins* ? ». Etc.

Si l'enfant fait une description verbale des faits, il faut lui donner la possibilité de les commenter verbalement en utilisant de la pâte à modeler, des dessins ou des poupées anatomiquement correctes, en lui demandant, très gentiment, toujours plus d'informations détaillées : « *Où ? Quand ? Comment ? Combien de fois ? Etc.* ».

Si l'enfant affirme qu'il a subi une agression, mais est réticent à en parler, l'utilisation des outils peut être utile, selon la même technique. Dans ce contexte, il est encore plus indispensable de tenter de repérer s'il a été l'objet de pressions ou de menaces. *Il faudra souvent plusieurs séances d'évaluation avec un évaluateur expérimenté pour tenter d'approcher la vérité.*

Lorsque l'évaluateur pense que l'enfant ment ou qu'il n'a pas subi d'agression sexuelle, il doit l'en informer.

A la fin de l'entretien, l'évaluateur relit sa déclaration. Il encourage l'enfant et lui explique ce qui va se passer *immédiatement* et non pas dans une semaine ou dans six mois, pour lui-même, sa famille, l'auteur présumé.

LE RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE

Le problème du retentissement des faits est une question centrale. Il faut avoir de bonnes connaissances en psychotraumatologie et distinguer les traumatismes de type I et II. L'Etat de Stress post-traumatique peut être évalué à l'aide d'échelles spécifiques comme l'échelle *CPSTD-RI* (1992) de Frederick, Pynoos et Nader, par exemple.

L'expertise devrait être l'occasion d'une incitation aux soins, car elle est parfois le premier contact de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille avec un psychiatre ou un psychologue. Il doit tenter de faire le lien avec les intervenants du réseau de prise en charge en orientant l'enfant vers un thérapeute ou une structure médico-psychologique, car en pratique, les mesures socio-éducatives seront toujours privilégiées au détriment des soins en raison du clivage santé/social¹.

1. G. Lopez., *Victimologie*, Dalloz, 1997 – G Lopez. (1997). *Les violences sexuelles sur les enfants*, PUF, « Que Sais-Je ? » 2° éd. 1999.

Au-delà de cette dimension qui me paraît fondamentale, l'expert doit être vigilant car s'il existe un « lien de causalité direct et certain » entre un traumatisme et un « Etat de stress post-traumatique », le traumatisme n'est pas toujours celui qui est incriminé. Les erreurs à ce sujet sont possibles. La recherche américaine a pu démontrer, par exemple, que des interrogatoires répétitifs pouvaient être la cause d'un ESPT qu'il ne faudrait pas, dans ce cas, attribuer aux faits incriminés¹.

LA CRÉDIBILITÉ

La recherche est à l'origine de nombreux protocoles d'examen, variables selon la technique d'entretien : directif, semi-directif, non directif. A titre d'exemple, le protocole allemand SRA ou Statement Reality Analysis (Farr & Yullie, 1988) se déroule de la façon suivante :

- évaluation du niveau de développement cognitif de l'enfant (voir Annexes),
- création d'un climat de confiance (dans une salle adaptée),
- anamnèse spontanée des faits,
- clarification des données anamnétiqes,
- évaluation de la suggestibilité par ajout d'éléments précis intégrés ou non dans le discours de l'enfant.

Ce protocole, très séduisant, n'est pas adapté aux enfants qui s'enferment dans la problématique du secret en refusant de revenir sur des faits douloureux, trop souvent exposés. De plus, il est inutilisable avec les jeunes enfants comme le confirme la recherche² (Bekerian, 1995) pour lesquels existent d'autres protocoles nécessitant plusieurs séances d'évaluation avec utilisation de supports ludiques.

L'évaluation des allégations nécessite donc une *formation spécifique assortie d'une supervision*. Ce n'est pas le cas actuellement. La loi de 1998, aussi exemplaire soit-elle, ne pourra être efficiente sans évaluateurs compétents. A quoi bon préconiser des examens précoces, comme le tentent d'excellentes équipes comme celles des UMJ de

1. Ceci S. J. & Bruck M. (1995). Jeopardy in the Courtroom : A scientific Analysis of children's Testimony. American Psychological Association – Traduction française par Gottschalk M., L'enfant témoin. Une analyse scientifique du témoignage d'enfants. Paris, Bruxelles. De Boeck Université sa, 1998.

2. Bekerian D. A., Dennett J. L. (1995). Assessing the truth in children's statements. Dans T. Ney (Ed). « True and false allegations of child sexual abuse : Assessment and case management » . New York, Brunner Mazel.

Bondy ou d'Evry dans le cadre de la procédure de flagrant délit, si les évaluateurs ou les policiers ne sont pas suffisamment formés. A quoi servirait un mauvais entretien filmé sous vidéo, sinon à démontrer que les évaluateurs ne sont pas compétents ? A innocenter, c'est heureux, de faux coupables, parfois ! Mais il faudrait éviter de compliquer des procédures délicates ou pire, de nuire aux enfants victimes, en faisant le jeu de la défense, comme cela est actuellement trop fréquemment le cas dans les procédures de divorce et les conflits de droit de garde. Mais à terme, on peut espérer que les dispositions prévues par la loi de 1998 feront progresser l'évaluation des violences sexuelles sur les enfants en limitant les erreurs dans les deux sens, même si, rappelons le, elles nuisent le plus souvent aux enfants.

EXEMPLE D'EXPERTISE D'UNE FILLETTE DE 8 ANS.

A. Mission

- Procéder à l'examen de la victime
- Prendre connaissance du dossier
- Procéder à l'examen médico-psychologique et psychiatrique
- Indiquer si elle souffre d'anomalies mentales ou psychologiques
- Préciser si elle présente un degré d'intelligence normale
- Déterminer si elle est particulièrement impressionnable
- Etablir son niveau d'information en matière sexuelle
- Indiquer la crédibilité de son discours
- Apprécier le retentissement des faits sur son psychisme, sa personnalité et sa vie sexuelle
- Présenter toutes observations que vous jugerez utiles

B. Déroulement de l'expertise

L'examen s'est déroulé en l'absence de sa mère¹ qui viendra à la fin de l'entretien pour donner des détails biographiques que la fillette ne connaissait pas.

Je me suis présenté à elle comme étant un médecin habitué à examiner les enfants

1. Ceci est rarement possible et même souvent impossible si l'enfant est intimidé ou réticent. La loi du 17 juin 1998 a pris des mesures d'accompagnement utiles.

Je me suis efforcé à ne lui poser aucune question dont la réponse aurait pu être « oui ou non » ou être susceptible de suggérer une réponse quelconque.

Le dessin anatomique est joint à l'expertise.

C. Commémoratifs

L'intéressée comprend parfaitement la raison de l'examen.

Je l'invite à faire un dessin qui ne présente aucune particularité. Il s'agit d'une maison dans un paysage ensoleillé.

Elle aborde les faits en commentant un dessin anatomique de femme destiné à connaître la façon dont elle désigne les différentes parties du corps : elle appelle le sexe féminin « zigounette » et le sexe masculin « zizi ».

Elle me dit que son papa « *son vrai* » a caressé ses fesses (entourant d'un cercle jaune la région fessière du dessin) : « *Ça c'est pas grave, la police l'a dit* » assure-t-elle.

Me parlant du concubin de sa mère, elle ajoute un pénis violet au dessin anatomique et commente, tout en traçant des lignes pour appuyer ses dires : « *Il a fait des choses qu'il fallait pas. Il a mis son zizi là* (la région fessière du dessin) *et dans ma bouche BEURK !* » (voir dessin avec de nombreux traits joignant le pénis à la bouche).

Elle a été entendue par la brigade des mineurs après que son père eut porté plainte contre le concubin de sa mère. Ce dernier a été mis en examen et placé en détention.

D. Etat antérieur psychiatrique

Naissance au terme d'une grossesse normale. Elle pesait 2650 g. Elle a marché à 24 mois, parlé « rapidement », été propre à 24 mois.

Elle a une sœur âgée de 3 ans et une autre née cette année.

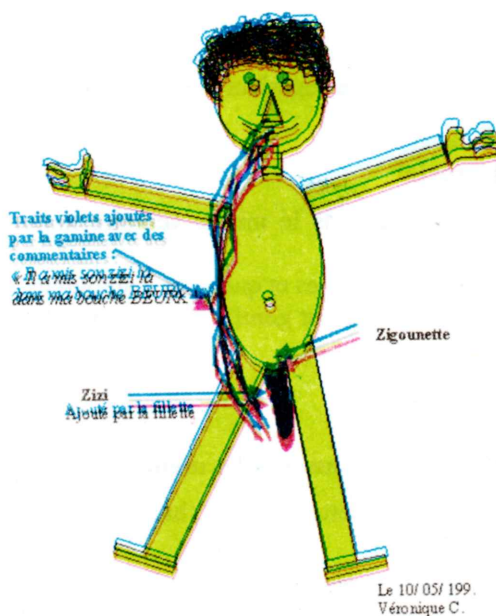
Sa mère, issue d'une famille modeste, a fait des études peu poussées et a échoué au CAP d'employée de collectivité. Elle s'est mariée à 19 ans avec le père. Elle aurait demandé le divorce parce que son mari aurait eu trois « maîtresses » qu'il amenait au domicile familial dans le lit conjugal. Elle aurait refusé de se mêler aux ébats amoureux comme il le lui aurait proposé.

Elle a obtenu le droit de résidence habituelle de sa fille.

L'intéressée adore son père qui exerce normalement son droit de visite. Elle dit que sa concubine : « *crie très fort ! FORT !* ».

Elle a été scolarisée dès la maternelle. Elle est actuellement en CE 2. Elle ne travaillerait pas bien : « *Je déteste les évaluations. J'ai horreur de l'école* » assure-t-elle. Mais selon la mère, elle ne pose pas de problème scolaire particulier.

Absence d'antécédents médico-chirurgicaux selon sa mère, hormis une adénoïdectomie (végétations) pour otites à répétition.



E. Examen

La fillette s'est exprimée spontanément en s'aidant et en commentant le dessin anatomique, nous l'avons vu. Mes seules questions ont consisté à lui demander des précisions sur certains de ses dires pour éviter l'effet suggestif des questionnements répétitifs. Elle est âgée de 8 ans et 2 mois, harmonieuse, vive, remuante.

Le contact est excellent. Elle s'exprime sans difficulté même lorsqu'il est question des faits qu'elle commente sans hésitation. Elle appuie ses dires sur un commentaire de la police : « *C'est pas grave, la police l'a dit* » par exemple.

Absence d'éléments dépressifs.

Ses conduites instinctives sont perturbées. Depuis le divorce de ses parents en décembre 1997, elle ferait des cauchemars dont elle n'a aucun souvenir et qu'il est donc difficile d'attribuer aux faits dénoncés. Absence de troubles des conduites alimentaires, état nutritionnel floride.

Elle présente une efficacité intellectuelle normale pour son âge. Elle est normalement orientée dans le temps et l'espace. Ses capacités cognitives sont conformes à celles d'une fillette de 8 ans. Elle distingue parfaitement ce qui est de l'ordre de la réalité et de l'imagination. Elle répond correctement aux questions et sait dire non lorsque cela s'impose. Elle possède un riche vocabulaire supérieur aux acquisitions habituelles à son âge.

Comportement social

Elle est bien insérée dans le milieu scolaire malgré ses résultats moyens.

Elle a de nombreuses copines et quelques « amoureux ».

Elle dit que ses parents sont gentils surtout son père qu'elle préfère par-dessus tout.

F. Discussion médicale

Concernant d'éventuelles anomalies mentales ou psychologiques

L'intéressée est une fillette de 8 ans, harmonieuse, scolarisée, bien adaptée.

Ses parents se sont séparés lorsqu'elle était âgée de 7 ans. Elle semble avoir été affectée par cette séparation et présente depuis lors des cauchemars. Cependant elle ne présente pas de troubles du comportement ou de troubles psychologiques sérieux.

Malgré la gravité des faits qu'elle allègue, son comportement est adapté, sans anomalies caractérielles ou comportementales.

Sa mère dit qu'elle « a mauvais caractère et n'en fait qu'à sa tête, tout comme son père ».

Concernant son degré d'intelligence

L'intéressée présente une efficacité intellectuelle normale.

L'analyse de son développement cognitif est conforme pour son âge

Concernant son impressionnabilité

Elle est particulièrement à son aise, remuante.

Elle sait ce qu'elle veut.

Elle est sûre de son discours et nullement impressionnée par le cadre hospitalier.

Concernant son niveau d'information en matière sexuelle

Son niveau d'information sexuelle est conforme à son âge.

Elle connaît les différences anatomiques féminines et masculines comme je pourrai le vérifier par le dessin anatomique.

Elle fait la distinction entre les bons et les mauvais câlins.

Concernant la crédibilité de son discours

Elle n'est pas particulièrement suggestive. Elle rejette les suggestions erronées que je lui ferai et ne les intégrera pas à son discours.

Concernant le retentissement des faits sur son psychisme

Actuellement, l'intéressée ne présente pas de troubles psychotraumatiques spécifiques.

Il faut noter qu'elle aurait fait de nombreux dessins sexualisés qu'elle aurait montrés à sa mère au retour des vacances d'été, après un séjour chez son père. Ceci indique un comportement ludique répétitif assez caractéristique chez une fillette qui pourrait avoir subi des actes sexuels incompatibles avec son âge.

Actuellement, il ne semble pas exister de syndrome intrusif, de conduites d'évitement et de réactions neurovégétatives caractéristiques ou de troubles du comportement ou de jeux répétitifs avec remise en acte des événements qu'elle a subis. Mais on sait que les troubles psychotraumatiques peuvent survenir dans un second temps, après une période dite de latence de durée imprévisible.

Absence d'affects dépressifs.

Concernant toutes observations jugées utiles

Sa mère est restée parfaitement neutre lorsque je l'ai interrogée. Elle doute de son concubin et déclare qu'elle ne voudrait plus le voir « *s'il a fait des choses à ma fille* ».

Une psychothérapie est utile pour prévenir l'apparition éventuelle de troubles psychotraumatiques.

L'intérêt d'un administrateur ad hoc et d'un avocat d'enfant se discutent étant donné le soutien dont elle bénéficie de la part de son père et de sa mère.