

RÉPONSE COORDONNÉE À LA VIOLENCE ET À LA NÉGLIGENCE ENVERS LES ENFANTS (VNE) VIA UN ENSEMBLE MINIMAL DE DONNÉES (EMD)

La démarche CAN-MDS



Avec le soutien financier du programme européen DAPHNE

Sommaire

Invitation	3
Le projet d'un seul coup d'œil	4
1. NÉCESSITÉ, BUT ET MOYENS	5
Importance de la VNE en termes de santé publique	5
Importance de la collecte de données VNE pour la santé publique	5
But du projet « Réponse coordonnée à la VNE via un EMD »	5
Structure du projet	5
Moyens pour atteindre le but	5
2. OBJET ET OBJECTIFS	6
3. DESCRIPTION DE SITUATIONS	8
Définitions conceptuelles de la violence envers les enfants	9
Rendre les définitions de situations du système CAN-MDS opérationnelles	10
4. SOURCES DES DONNÉES	11
Identification de sources potentielles de données pour un système d'observation CAN-MDS	11
5. ATTRIBUTS DES SYSTÈMES	14
Caractéristiques opérationnelles d'un éventuel système national d'observation CAN-MDS	14
Composantes d'un système d'observation CAN-MDS et attributs permettant de traiter des principales limites d'observation en matière de santé publique	15
6. INSTRUMENTS ET PROCÉDURES D'ENREGISTREMENT	17
Cadre des données - sélection des indicateurs à mesurer	17
La boîte à outils CAN-MDS d'un seul un coup d'œil	18
7. ORGANIGRAMME D'UN SYSTÈME D'OBSERVATION CAN-MDS	20
8. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	21
Identité du projet	21
Consortium du projet	21
Références	21

Nous avons le plaisir d'inviter toute personne qui a travaillé ou travaille actuellement avec des Ensembles Minimaux de Données, particulièrement dans le domaine de la violence et de la négligence envers les enfants, à nous transmettre ses suggestions, idées et son éventuel soutien.

En outre, nous souhaitons vous offrir une invitation ouverte à la consultation publique sur la proposition d'outils faite dans le cadre du projet CAN-MDS.

Si vous avez envie de contribuer, merci de nous envoyer vos coordonnées afin que nous puissions vous contacter lorsque le processus prendra cours.

Vous nous trouverez à :
 Observatoire national de l'enfance en danger (ONED)
 BP 30302
 75823 PARIS CEDEX 17
 Infos : canmds@oned.gouv.fr
 URL : www.can-via-mds.eu
www.oned.gouv.fr

Avertissement aux lecteurs français de l'édition francophone du document

Le présent document vise à faire connaître la démarche CAN-MDS, qui propose des outils à visée comparative pour la quantification des phénomènes de violence et de négligence envers les enfants. Il s'agit d'un outil défini par des équipes de plusieurs pays européens, et qui doit pouvoir s'adapter à différents contextes nationaux, parmi lesquels différents contextes juridiques.

Certaines des données que vise la démarche CAN-MDS, ainsi que certaines des modalités pratiques, peuvent dans le cas du contexte français nécessiter des précautions particulières en termes de demandes d'autorisations à la CNIL et de procédures d'accès.

Bien que le rapport national élaboré pour la France ainsi que les modules de présentation de la démarche donnent déjà des indications utiles, nous invitons les potentiels opérateurs français, à se renseigner sur les obligations inhérentes à la collecte de données et à leur traitement informatique en visitant le site www.cnil.fr.



<p>Réponse</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ au niveau de la population générale (observation en matière de santé publique) <ul style="list-style-type: none"> ▪ permettant des comparaisons dans et entre pays ▪ visant les décideurs politiques et les acteurs concernés ▪ leur donnant les informations nécessaires (par exemple les tendances, indices, facteurs de risque en matière de VNE) pour <ul style="list-style-type: none"> → évaluer les pratiques et politiques existantes → élaborer la prévention et l'intervention ▪ au niveau des situations (suivi des situations individuelles) <ul style="list-style-type: none"> ▪ investigation des situations et gestion continue ▪ suivant des critères spécifiques relatifs au niveau d'accès de l'opérateur
<p>coordonnée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ promotion de la collecte uniforme de données de tous les secteurs concernés par la gestion de situations de VNE <ul style="list-style-type: none"> ▪ utilisation d'un outil commun d'enregistrement facile d'emploi ▪ création d'un canal de communication entre les secteurs concernés <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication de tous les professionnels éligibles travaillant dans les secteurs ci-dessus <ul style="list-style-type: none"> → suivant des critères prédéfinis → en leur fournissant différents niveaux d'accès → en développant leurs compétences par <ul style="list-style-type: none"> ▪ la formation ▪ les outils (Guide des Opérateurs et Protocole)
<p>à la violence et à la négligence envers les enfants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ en utilisant des définitions opérationnelles larges de VNE <ul style="list-style-type: none"> ▪ qui décrivent en détail des « types de situations » ▪ qui assurent une compréhension commune parmi les parties (non homogènes) - concernées ▪ en visant à recenser toutes les situations identifiées par les services : <ul style="list-style-type: none"> ▪ indépendamment de toute vérification (sur le plan judiciaire ou clinique)
<p>via un Ensemble Minimal de Données (EMD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ en utilisant un ensemble standard de variables (approuvées par tous les acteurs) <ul style="list-style-type: none"> ▪ répondant à des critères prédéfinis relatifs à l'éthique, la qualité, l'exhaustivité, l'accessibilité, la faisabilité ▪ fournissant des données complètes, comparables et fiables <ul style="list-style-type: none"> → en vue d'un cadre standard d'indicateurs mesurables sûrs, pratiques et utilisables → assurant aux opérateurs éligibles les informations nécessaires à l'investigation et au suivi des situations.

1. NÉCESSITÉ, BUT ET MOYENS

Importance de la VNE en termes de santé publique

En 1999, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît la violence envers les enfants comme un problème majeur de santé publique (OMS 1999). En 2010, les Centres pour le contrôle des maladies et la prévention des États-Unis (CDC) identifient la violence envers les enfants comme un problème « critique » et « significatif » de santé publique, qui justifie une stratégie globale de prévention (CDC 2010). En 2008, la violence envers les enfants est reconnue comme problème social se prêtant à une série d'activités d'étude et par la suite de prévention dans un contexte de santé publique (O'Donnell *et al.* 2008). Enfin, en 2010 il est constaté que « *les efforts de prévention de la violence et de la négligence envers les enfants se sont déjà inscrits de façon significative dans le domaine de la santé publique* » (Zimmerman et Mercy 2010).

Importance de la collecte de données VNE pour la santé publique

En 1999, l'OMS recommande que la communauté internationale donne priorité « *au développement, au niveau mondial, de la collecte de données sur la violence et la négligence envers les enfants, à l'estimation de leur impact sur la santé publique, ainsi que du coût économique associé* ». Une décennie plus tard, le CDC notait que « *le manque de données fiables quant au nombre d'enfants affectés par la violence et la négligence a été identifié comme une limitation sérieuse à l'apport d'une réponse efficace en termes de santé publique* » (Leeb *et al.* 2008).

But du projet « Réponse coordonnée à la VNE via un EMD »

Il s'agit de créer la base scientifique, les instruments et synergies nécessaires au soutien de la mise en place de systèmes nationaux d'observation de la VNE (là où de tels mécanismes n'existent pas) ou à l'amélioration de tels systèmes (là où ils existent).

Structure du projet

WS.1 Phase préparatoire : Analyse de la documentation existante sur les méthodologies de mise en place d'un EMD et des rapports nationaux sur les mécanismes d'observation VNE disponibles.

WS.2 Transfert de la pratique d'EMD vers le domaine de la VNE : Définition du contenu de l'EMD, création de la boîte à outils CAN-MDS et élaboration des éléments d'évaluation.

WS.3 Création de synergies : Mise en place des groupes nationaux principaux d'opérateurs CAN-MDS.

WS.4 Amélioration des compétences : Formation des formateurs et des groupes principaux d'opérateurs CAN-MDS au niveau national.

WS.5 Réponse coordonnée à la VNE via un EMD : Élaboration d'un manuel de politiques et de procédures en vue de l'établissement de systèmes nationaux d'observation VNE-EMD et dissémination des produits du projet.

Moyens pour atteindre le but

Développement d'une proposition de système d'observation de la VNE sur la base d'un EMD.

Objet de l'observation

Estimation de la violence et de la négligence envers enfants par la collecte des éléments retenus par les services sur les situations individuelles.

Nécessité de l'observation de la VNE

Il est généralement admis dans la littérature internationale que « **la véritable dimension de la violence envers les enfants reste inconnue** ». En compilant diverses estimations de l'étendue du phénomène, « *entre la moitié et les quatre-cinquièmes de toutes les victimes de violence ne sont pas connues des services de protection de l'enfance* » ; « *l'analogie avec la pointe de l'iceberg vient aisément à l'esprit lorsque l'on pense à l'étendue de la violence envers les enfants* » (Sedlak et Broadhurst 1996 ; Trocmé et al. 2005).

La nécessité de systèmes nationaux d'observation de la VNE est soutenue par le besoin de comprendre son incidence en fonction des données issues des réponses des services aux situations de VNE ; de comprendre la demande des services qui suivent les situations ; d'établir les priorités de la prévention ; d'identifier les besoins des professionnels concernés ; de comprendre les conséquences de la VNE ; et de déterminer les coûts associés à la VNE.

2. OBJET ET OBJECTIFS

Thacker et Berkelman (1988) définissent l'observation en matière de santé publique comme « *la collection, l'analyse et l'interprétation systématiques et permanentes de données ayant des résultats spécifiques, étroitement associées à une dissémination opportune de ces données auprès des responsables de la prévention et du contrôle des maladies ou des traumatismes* » et comme « *une fin en soi, mais surtout un outil* » (p. 185). Il est cependant aussi possible de soutenir que cette définition contient deux activités très différentes : « *l'observation de situations se concentre sur les individus afin d'identifier ceux qui ont certaines maladies et d'agir. Par contre, l'observation statistique se concentre sur les populations afin d'identifier les disparités et les tendances et ainsi éclairer les décisions en matière de politique de santé publique, y compris celles de l'allocation des ressources* » (Choi 2012 ; Stoto 2003).

Dans le contexte d'une **approche de santé publique**, il est suggéré que les données d'observation soient utilisées comme instruments pour l'identification et le suivi des dangers sanitaires pour la population et comme moyens pour déterminer les facteurs de risque et de protection parmi les sous-groupes. Ces informations peuvent ensuite être utilisées pour développer des programmes spécifiques de prévention et d'intervention (Putnam-Hornstein et al. 2011). Toutefois, comme l'ont conclu Finkelhor et Wells (2003) dans leur étude qui explorait les limites de 13 séries et systèmes de données aux États-Unis, pour améliorer les statistiques en matière de victimisation juvénile, outre une réflexion sur les carences spécifiques des systèmes existants de données, il pourrait être utile de chercher à améliorer ces systèmes « *ainsi que la possibilité de créer de nouveaux systèmes de données ou des hybrides de systèmes existants* » (p. 98). Ils suggèrent que les modifications apportées aux systèmes étudiés, telles que l'amélioration des données sur les trajectoires des enfants au sein des dispositifs de protection de l'enfance et d'adoption, afin d'apprendre comment les investigations influencent les résultats finaux, pourraient profiter, par exemple, aux praticiens des services de protection de l'enfance. Dans un commentaire sur les systèmes nationaux d'observation de la violence envers les enfants, parmi les exemples de progrès présentés, AlEissa et al. (2009) note qu'aux États-Unis les données NCANDS sont utilisées à des fins multiples, y compris « *le développement et le suivi de mesures relatives à la sécurité des enfants (répétition de la violence, violence en famille d'accueil) comme faisant partie du contrôle des services de l'enfance et des familles mené par le gouvernement fédéral* ».

Outre l'importance en termes de santé publique de l'observation de la VNE, il y a un objectif supplémentaire compris dans le système d'observation VNE-EMD – *l'utilisation de l'information au niveau des situations*.

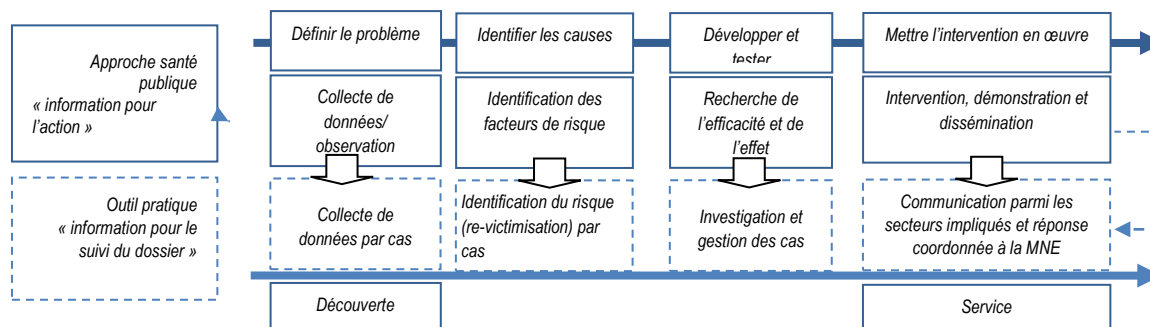
Ainsi, l'objectif peut être défini à deux niveaux :

- *Fournir une information globale, fiable et comparable appuyée sur les situations de victimes (supposées) de VNE qui ont eu recours à des services sociaux, sanitaires, scolaires, judiciaires et de police aux niveaux national et international (Information pour l'action liée aux initiatives de santé publique).*
- *Servir d'instrument prêt à l'emploi pour l'investigation et le suivi des victimes de la VNE ou de ceux qui risquent de l'être (à nouveau), en respectant la législation nationale et en appliquant toutes les règles nécessaires pour assurer une collecte et une gestion éthiques des données (Information au niveau des situations liée au suivi des situations individuelles).*

Le caractère double du système d'observation VNE-EMD proposé prend en compte les difficultés relatives à la nature de la VNE (continue et répétée, impliquant de multiples secteurs et groupes professionnels n'ayant ni langage ni canaux de communication communs bien établis), ainsi que les aspects critiques requis pour le fonctionnement efficace d'un système d'observation en matière de santé publique (lié à l'acceptation et à l'accord par les parties prenantes de collecter les éléments des données). En servant d'instrument pratique (en suivant des critères stricts) pour les parties responsables impliquées (Gouvernement britannique 2013), il s'agit de renforcer leur engagement dans le système et ainsi de conduire à une meilleure information pour l'action. Il est aussi espéré que le caractère double améliore les résultats de l'évaluation coût-bénéfice d'un tel système.

En adaptant le processus « de la découverte jusqu'aux interventions mises en œuvre par un service » comme décrit par Sleet et al. (2003), le système d'observation CAN-MDS proposé se présente comme suit (Figure 1).

Figure 1. Système d'observation CAN-MDS : utilisation des données d'observation VNE dans le soutien du suivi des situations et le renforcement de l'engagement dans la collecte des données d'observation VNE.



OBJECTIFS

Utilisations possibles des données collectées via un système d'observation VNE-EMD

Les données collectées via un système d'observation CAN-MDS pourraient être utilisées :

- pour mesurer périodiquement l'incidence de la VNE et ses formes spécifiques sur la base des données provenant de l'action des services en réponse aux cas de VNE
 - en général
 - par secteur et service
 - par forme spécifique de violence ou de négligence, et selon les caractéristiques de l'enfant, du soignant et de la famille
- pour observer les tendances dans le domaine de la violence envers les enfants
 - aux niveaux national et local
 - par forme spécifique d'abus et de négligence, et selon les caractéristiques de l'enfant, de l'adulte de référence et de la famille
- pour fournir des indications quant à l'identification de
 - tendances nouvelles ou émergentes dans le domaine de la violence envers les enfants
 - populations à haut risque
- pour servir de base de l'évaluation
 - des besoins des services (évaluation des besoins liés à la gestion des cas de VNE) afin d'établir les priorités l'allocation des ressources pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la VNE
 - de l'efficacité des pratiques de prévention et d'intervention en matière de VNE (et pour identifier les bonnes pratiques)
 - de l'efficacité des politiques de prévention de la VNE (afin de préparer les politiques et législations futures)

En outre, les données qui seront collectées via un éventuel système d'observation CAN-MDS peuvent être utilisées :

- pour donner un aperçu des pratiques de suivi administratif des situations de VNE pour détecter les changements dans les pratiques de suivi administratif des situations de VNE et évaluer leurs effets
 - pour servir de canal de communication entre les secteurs impliqués dans la gestion des cas de VNE
 - pour faciliter le suivi des situations
- pour servir d'instrument prêt à l'emploi au cours de l'examen de nouvelles situations avérées ou suspectées
- pour offrir un feedback aux services s'agissant des situations déjà connues

3. DESCRIPTION DE SITUATIONS

L'un des défis majeurs de la recherche sur les VNE est de surmonter le problème posé par la variété de définitions de la maltraitance utilisées par chercheurs, professionnels et institutionnels d'horizons divers travaillant dans des juridictions et des pays différents.

Fallon *et al.* (2010) ont pointé la grande difficulté qui surgit lorsqu'on compare les rapports sur la VNE en raison des présentations insuffisamment détaillées des statistiques. Ce manque de détails gêne la prise en considération des questions de collecte de données ainsi que leur éventuel impact sur les calculs. Par conséquent, les statistiques de VNE peuvent varier considérablement dans les formes de violence signalée, ce qui peut conduire à une sous-estimation de certaines formes spécifiques de VNE. Cela peut être le cas également pour les situations d'enfants portées à la connaissance des services (qui sont les populations visées par CAN-MDS) à cause de l'incapacité de collecter des informations sur les formes multiples d'abus. Les auteurs notent encore que *« le seuil à partir duquel un enfant est considéré comme maltraité est fondamental pour la compréhension des limites des données visant à évaluer l'épidémiologie de la violence à enfant. Vu qu'il est difficile de définir ce seuil d'une manière acceptée par tous dans quelque définition conceptuelle que ce soit de la VNE, il est évident que des définitions conceptuelles ne peuvent s'appliquer en matière d'observation. En revanche, la manière de mesurer un acte de violence envers un enfant est une question cruciale pour la comparaison des degrés internationaux de violence (et aussi pour les comparaisons internes aux pays). Ainsi, les comparaisons entre juridictions requièrent a minima de passer de données agrégées aux données brutes »*².

Selon l'OMS et l'Université de Technologie de Sydney (2008), l' *« utilisation de définitions standardisées assurera une cohérence permettant aux juridictions de développer leurs propres séries de données plus détaillées et spécifiques par pays, tout en les élaborant sur le tronc commun des données minimales, ce qui permettra également les comparaisons régionales, les bases de référence (benchmarking) et la normalisation »*. Dans certaines études très anciennes, les chercheurs résolvaient le problème de l'absence de définitions explicites et de la difficulté de mise en œuvre des concepts de violence *« en utilisant simplement le label attribué à l'acte par les organismes responsables »* (hôpitaux, organismes de protection de l'enfance, police et tribunaux). Plus tard (dans les années 1980), cette approche a également été adoptée concernant l'usage de données empiriques basées sur les rapports des services de protection de l'enfance, car on estimait que les informations ainsi obtenues seraient descriptives et utiles avec un minimum d'efforts de collecte de données ; ceci même si l'absence de critères précis et objectifs compliquait la comparabilité entre les mesures de violence dans des sous-populations définies par localité. Au cours des années 1990, un effort a été fait pour élaborer des définitions opérationnelles précises des actes de violence, au lieu de se fier aux opinions des professionnels. Même si ceci était un pas dans la bonne direction, on releva que la comparabilité entre études était compromise vu la grande variété de définitions adoptées et leur impact sur les différents types de VNE (National Research Council 1993 ; Wyatt et Peters 1986).

² Dans le document du Gouvernement britannique Travailler ensemble pour protéger les enfants. Un guide pour le travail inter-agences pour protéger et promouvoir le bien-être des enfants (*Working Together to Safeguard Children. A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*, 2013), des conseils détaillés sont repris pour partager les informations entre professionnels en cas d'inquiétude pour la sécurité et le bien-être des enfants. Il est mentionné que *« le partage efficace d'informations entre professionnels et organismes locaux est essentiel pour une identification, une évaluation et une prise en charge effectives ; ... partager l'information peut être essentiel pour la mise en place de services de protection de l'enfance. La crainte du partage des informations ne peut faire obstacle au besoin de promouvoir le bien-être des enfants et de protéger leur sécurité. Afin d'assurer des dispositifs de protection effectifs : tous les organismes doivent posséder des dispositions qui définissent clairement les procédures et les principes du partage de l'information entre eux... »*.

DÉFINITIONS CONCEPTUELLES DE LA VIOLENCE ENVERS LES ENFANTS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Société internationale pour la prévention de la violence et de la négligence envers enfants (ISPCAN) (2006)

Le *Rapport mondial sur la violence et la santé* (2002) a relevé que la Société internationale pour la prévention de la violence et la négligence des enfants (ISPCAN) avait des définitions comparées de la violence pour 58 pays et avait identifié certains éléments communs sur ce qui était considéré comme abus (Bross *et al.* 2000 ; Krug *et al.* 2002). Le chapitre « Violence réel ou négligence envers les enfants par les parents et autres adultes de référence » comprend la définition élaborée en 1999 par la consultation de l'OMS sur la prévention de la violence envers les enfants : « *La maltraitance des enfants se définit comme suit : toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* » et distingue quatre types de violence envers les enfants : la violence physique, sexuelle, psychologique et la négligence (OMS 1999).

Sur base de la définition ci-dessus, dans *Prévenir la violence envers les enfants : un guide pour agir et générer les preuves*, l'OMS et l'ISPCAN (2006) élaborèrent les définitions conceptuelles suivantes pour les types de violence envers les enfants.

La violence physique : *On entend par violence physique exercée contre un enfant l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne – ou risque fortement d'entraîner – un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer. Bien des actes de violence envers des enfants sont infligés à la maison dans le but de punir.*

La violence sexuelle : *On entend par violence sexuelle la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Les enfants peuvent être à la fois victimes de violence sexuelle exercée par des adultes et par d'autres enfants qui – du fait de leur âge ou de leur stade de développement – ont un lien de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime.*

La violence psychologique : *La violence psychologique est à la fois le fait d'incidents isolés et de l'échec de l'un des parents ou de l'une des personnes s'occupant des enfants à fournir un environnement qui soit approprié et favorable au développement des enfants. (...) Les abus de ce type sont la restriction de mouvement, les propos désobligeants, accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants et d'autres formes de rejet ou de traitement hostile.*
La négligence : *La négligence concerne des incidents isolés et le défaut de la part de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir au développement et au bien-être des enfants – s'il est en mesure de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé ; éducation ; développement affectif ; nutrition ; foyer et conditions de vie en sécurité. Les parents d'enfants négligés ne sont pas nécessairement pauvres. Ils peuvent tout aussi bien être aisés.*

Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), Centre national pour la prévention et le contrôle des blessures (2008)

Reconnaissant les difficultés de communication dues aux différentes définitions utilisées entre disciplines dans leurs efforts pour identifier, évaluer, suivre, traiter et prévenir efficacement la violence envers les enfants, les CDC ont élaboré une définition conceptuelle de celle-ci et une terminologie associée. En outre, des éléments de données spécifiques sont introduits comme recommandations à usage volontaire par les individus et organisations du milieu de la santé publique. Il s'agit d'aider le personnel des services de santé au niveau de l'État [des États-Unis] et des localités dans leur collecte de données d'observation de santé publique en matière de la violence envers les enfants, afin de promouvoir et d'améliorer la cohérence des mécanismes d'observation de la VNE pour les pratiques de santé publique (Leeb *et al.* 2008).

Violence à enfant : *Tout acte ou série d'actes perpétrés ou d'omission par un parent ou autre adulte référent entraînant un dommage, un risque de danger ou un danger pour un enfant.*

Actes perpétrés (Violence envers les enfants) : *Des paroles ou des actes intentionnels qui causent un dommage, un risque de danger ou un danger pour un enfant. Les actes perpétrés sont délibérés et intentionnels ; toutefois, le dommage occasionné à l'enfant peut ou peut ne pas être le résultat voulu. L'intentionnalité s'applique seulement aux actes de l'adulte, non aux conséquences de ces actes. Par exemple, un adulte de référence peut avoir l'intention de frapper un enfant comme punition (frapper l'enfant n'est donc pas accidentel ou involontaire) mais ne pas avoir l'intention de lui occasionner une commotion. Les types suivants de violence impliquent des actes perpétrés : violence physique, abus sexuel, violence psychologique.*

Actes omis (Négligence envers les enfants) : *ne pas subvenir aux besoins physiques, affectifs ou éducationnels fondamentaux de l'enfant ou ne pas lui offrir la protection à l'encontre de dommages ou de dommages potentiels. Tout comme les actes perpétrés, le dommage occasionné à l'enfant peut ou peut ne pas être le résultat voulu. Les types suivants de violence impliquent des actes omis : violence physique, sexuelle, psychologique.*

Ne pas subvenir : *négligence physique, négligence affective, négligence médicale/dentaire, négligence éducationnelle.*

Ne pas superviser : *supervision inadéquate, exposition à des environnements violents.*

La première tentative systématique de définir conceptuellement la violence envers les enfants partait du constat des différences entre pays dans la compréhension du problème mondial que sont les VNE en prenant en considération la « nature essentielle » et les « attributs essentiels » de situations spécifiques de VNE dans différents environnements culturels. Grâce à ce processus et en le développant davantage, des définitions conceptuelles de violence et de négligence des enfants ont été élaborées (OMS et ISPCAN 2006 ; CDC 2008) en vue d'offrir des « labels » (violence physique, abus sexuel, violence psychologique et négligence) accompagnés de définitions opérationnelles attribuées à chacun d'eux. Il s'agissait d'utiliser une définition opérationnelle spécifique et d'aider à l'élaboration de mesures véritables. Par la suite, les CDC (2008) ont proposé une large gamme d'éléments spécifiques à intégrer dans un système de données dans le but de pouvoir mesurer la violence envers les enfants. Ceci visait à opérationnaliser les définitions conceptuelles et à expliquer avec précision comment le concept serait mesuré via des variables spécifiques (*exhaustives* et *mutuellement exclusives, mesurant en fait seulement un attribut* de la situation).

Outre les définitions proposées par l'OMS et l'ISPCAN (2006) et par les CDC (2008), dans le contexte de CAN-MDS, la description de situation sera aussi fondée sur l'**Observation générale n° 13 (2011) du Comité des Nations Unies pour les Droits de l'Enfant, « Le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes formes de violence » (CRC/C/GC/13 (2011)§19-33³, l'Article 19 de la CIDE⁴ et le Rapport mondial sur la violence contre les enfants (2006)⁵.**

Rendre les définitions de situations du système CAN-MDS opérationnelles

Dans le contexte de CAN-MDS, utiliser une méthode telle que des labels et des données descriptives (mentionnés plus haut), la définition de situation n'est pas considérée comme efficace, étant donné que CAN-MDS cherche à inclure une large gamme de domaines comme sources de données et à impliquer divers professionnels comme opérateurs. D'autre part, l'acceptation et ensuite l'usage de définitions communes, claires, fiables, valides et utiles sont des prérequis pour assurer des mesures appropriées. Sinon, « *le flou et les ambiguïtés entourant la définition de ce problème social spécifique atteignent chacun des aspects du système de collecte des données du terrain, du programme de traitement, de la recherche et de la planification politique* ». Ils gêneront toute tentative de quantification dans le contexte d'un système d'observation CAN-MDS.

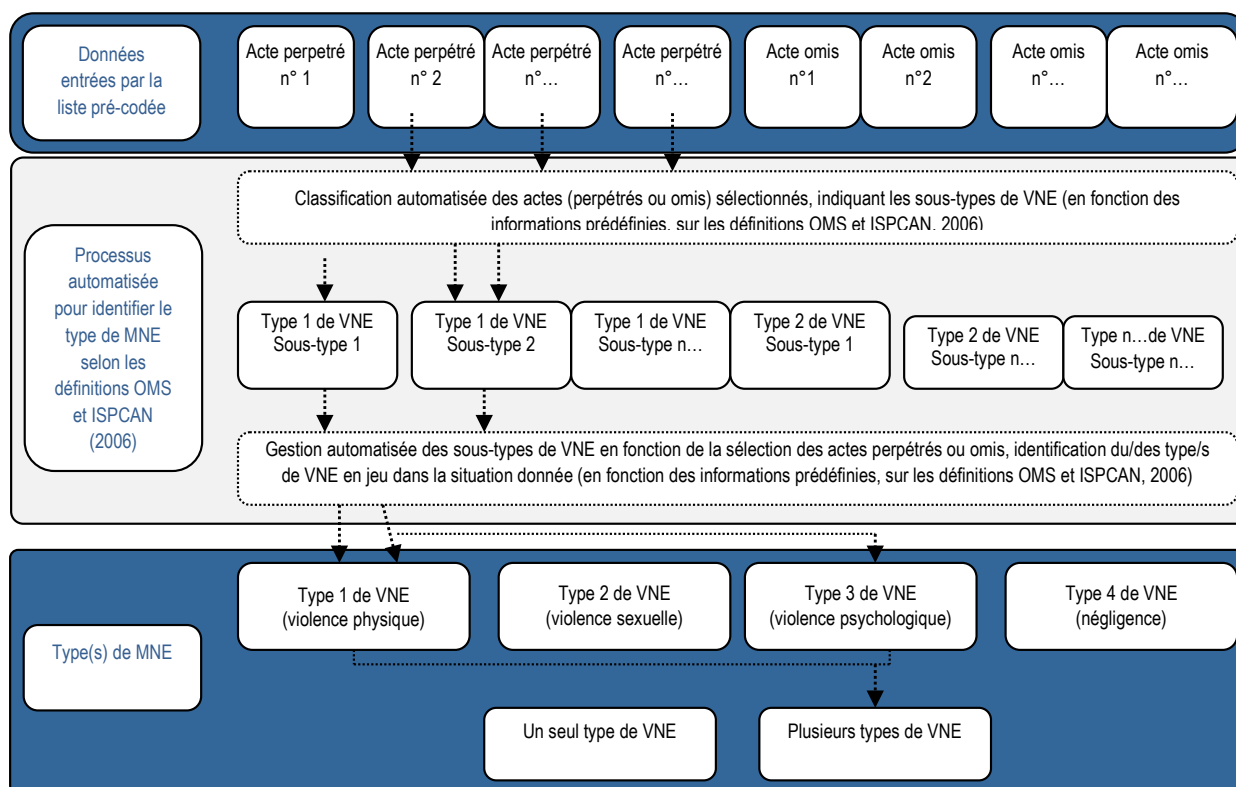
Afin d'assurer le plus haut degré possible de compréhension commune par tout opérateur potentiel puis l'enregistrement et la collecte d'informations fiables et comparables, un système « de bas en haut » (*bottom-up*) est proposé pour rendre opérationnelles les définitions de situations de VNE pour les besoins de CAN-MDS. Il s'agit de procéder comme suit. Au lieu d'utiliser une classification large des principaux types et sous-types de VNE, CAN-MDS propose des listes de descriptions pré-codées et exhaustives, clairement définies, d'actes perpétrés et omis précis. Ceux-ci peuvent être identifiés par observation, entretien, informations du dossier ou autres. Elles permettent AUSSI d'indiquer (automatiquement grâce à un algorithme) les sous-types spécifiques et par conséquent les types principaux de VNE. Ceci permet en même temps d'enregistrer les multiples formes de violence (voir Figure 2 ci-dessous). Cependant, dans le même temps, les opérateurs – et particulièrement ceux qui sont le plus familiarisés avec les formes de violence envers les enfants – ont également la possibilité d'initier l'enregistrement à partir d'une plus large catégorie de violences et de poursuivre avec l'indication d'actes spécifiques de violence et d'omissions.

³ Disponible à : http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_fr.pdf

⁴ Disponible à : http://www.unicef.org.uk/Documents/Publication-pdfs/betterlifeleaflet2012_press.pdf

⁵ Disponible à : <http://www.unicef.org/violencestudy/reports.html>

Figure 2. Descriptions de situations de VNE : traduction opérationnelle de définitions conceptuelles pour quantifier la VNE



En termes de qualité de la mesure, l'équipe CAN-MDS espère améliorer la fiabilité de la collecte en rendant opérationnelles les définitions de situations par l'intermédiaire d'un système *bottom-up* (en limitant autant que possible la nécessité pour les opérateurs de faire un choix subjectif sur le type de VNE qui décrirait le mieux la situation), ainsi que la validité des mesures (l'enregistrement des actes violents perpétrés et/ou omis, par opposition à une qualification conceptuelle du type de VNE, devrait donner une information objective sur la situation plutôt que les interprétations des opérateurs). De cette manière, la clarté et l'homogénéité de la définition de la VNE et de ses types pourraient être atteintes parmi tous les professionnels actifs dans les domaines concernés.

4. SOURCES DES DONNÉES

Identification de sources potentielles de données pour un système d'observation CAN-MDS

L'équipe du projet a développé une méthodologie en 4 étapes pour définir les critères d'éligibilité des groupes principaux et des groupes élargis d'opérateurs CAN-MDS :

DÉFINITION DE CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DES SOURCES DE DONNÉES CAN-MDS ET DES GROUPES PRINCIPAUX ET ÉLARGIS D'OPÉRATEURS

- Étape A** Identification des domaines concernés à impliquer dans un futur système CAN-MDS comme sources de données
- Étape B** Identification des professionnels éligibles à inviter comme opérateurs potentiels d'un système CAN-MDS par secteur de travail
- Étape C** Identification des responsabilités de chacun des groupes de professionnels
- Étape D** Décision du niveau d'accès des professionnels éligibles à inclure dans les groupes élargis d'opérateurs dans un futur CAN-MDS selon leurs responsabilités dans la gestion des situations de VNE

Les sources de données opérateurs et les opérateurs d'un éventuel système CAN-MDS sont présentés dans le rapport concerné (D3.1 Critères d'éligibilité des groupes principaux et des groupes élargis d'opérateurs CAN-MDS). En partant des informations fournies par les répondants à l'étape A, la classification des sources de données qui en a résulté est présentée Figure 4.1.

Figure 4.1. Sources de données principales (a), élargies (b) et à l'étude (c) pour un éventuel système d'observation CAN-MDS



Répondants

- Goldbeck, L. et Witt, A. Université d'Ulm, UFR de psychiatrie et de psychothérapie infanto-juvénile, **ALLEMAGNE**
- Van Puyenbroeck, B. Kind en Gezin, **BELGIQUE**
- Stancheva-Popkostandinova, V. Université Sud-Ouest "Neofit Rilski" (SWU), **BULGARIE**
- Castellanos Delgado, J. L. et Solis de Ovando, R. Ministère de la santé, des services sociaux et de l'égalité, **ESPAGNE**
- Séraphin, G., Bolter, F., et Renuy, A. Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), **FRANCE**
- Stavrianaki, M., Ntinapogias, A. et Nikolaidis, G. Institut de santé infantile, département de santé mentale et de services sociaux, **GRÈCE**
- Mammini, S. et Bianchi, D. Istituto degli Innocenti, **ITALIE**
- Roth, M., Antal, I. et Tonk, G. Université Babes-Bolyai, UFR de travail social (BBU), **ROUMANIE**
- Jud, A. Université de sciences et arts appliqués de Lucerne, école de travail social, **SUISSE**

Grâce au processus en 4 étapes, nous avons souhaité identifier, de manière systématique, les professionnels éligibles à inviter comme opérateurs d'un éventuel système d'observation CAN-MDS et, comme prérequis, à identifier les domaines/secteurs pertinents concernés par le suivi des situations de VNE dans les pays participants (voir tableau ci-dessous).

Sources principales de données et professionnels éligibles (accord entre 5 ou plus des 8 pays)

Accès total (Niveau 1)	Accès limité (Niveau 2)	Accès limité (Niveau 3)
<ul style="list-style-type: none"> • Autorités judiciaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Praticiens de la protection de l'enfance / Services sociaux • Travailleurs sociaux des ONG accréditées/ Organisations de terrain • Pédopsychiatres des services de santé générale • Pédopsychiatres des services de santé mentale • Psychologues des services de protection de l'enfance / Services sociaux • Psychologues des services de santé • Psychologues des services de santé mentale • Pédiatres des services de santé • Médecins (diverses spécialités, p.ex. orthopédistes, radiologues) des services de santé • Services de police, gendarmerie 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleurs sociaux des services de santé • Professionnels de la santé mentale (psychologues, psychiatres, conseillers autorisés) des ONG accréditées / Organisations de terrain

Sources de données élargies et professionnels éligibles (accord entre 3-4 des 8 pays)

Accès total (Niveau 1)	Accès limité (Niveau 2)	Accès limité (Niveau 3)
<ul style="list-style-type: none"> Travailleurs sociaux du système de protection de l'enfance/Services sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels de la santé mentale (<i>psychologues, psychiatres</i>) des services chargés de l'application de la loi Conseillers autorisés des services de protection de l'enfance/Services sociaux Conseillers autorisés des services de santé mentale Magistrats Gynécologues des services de santé Infirmiers des services de protection de l'enfance/Services sociaux Sages-femmes des services de protection de l'enfance/Services sociaux Gestionnaires des données des registres disponibles concernés 	<ul style="list-style-type: none"> Travailleurs sociaux des services de l'éducation Travailleurs sociaux des services de santé mentale Soignants des institutions du système de protection de l'enfance / Services sociaux Psychologues scolaires Conseillers autorisés des services de l'éducation Éducateurs auprès des tribunaux Autres professions des services judiciaires Infirmiers des ONG accréditées/Organisations de terrain Enseignants/éducateurs (préscolaire, maternelle, écoles primaire et secondaire, pour enfants ayant des problèmes de scolarité, directeurs d'école) des services de l'éducation Autre personnel de la lutte contre les trafics, de la Direction chargée des personnes handicapées, Défenseur des enfants, etc. travaillant auprès d'autorités indépendantes

Le critère initialement retenu pour accorder un niveau spécifique d'accès au sein de chaque groupe éligible de professionnels est celui des responsabilités de ces professionnels dans leurs activités quotidiennes. En outre, la classification des groupes professionnels était basée sur les réponses fournies par les répondants s'agissant de l'applicabilité de l'activité spécifique pour les professionnels spécifiques (nombre de pays).

Considérant qu'un des objectifs du projet est d'élaborer une large base de sources de données et de simultanément offrir aux opérateurs potentiels un instrument utile pour le suivi de la violence envers les enfants au cas par cas via divers niveaux d'accès, l'équipe CAN-MDS a estimé que le critère défini ci-dessus pour octroyer les niveaux d'accès n'était pas assez strict.

Les informations collectées auprès des pays partenaires du projet ainsi que celles provenant d'autres pays (le partenaire associé et la contribution volontaire de l'Espagne) peuvent être de nouveau analysées à l'avenir en utilisant des critères additionnels (par exemple, en pondérant les « responsabilités » concernées ou en modifiant les *seuils* dans les pays où un service est en place).

La sélection des professionnels pouvant obtenir différents niveaux d'accès est étroitement liée à la législation relative à la gestion de données personnelles sensibles, même pour des professionnels soumis à des codes professionnels d'éthique et/ou à une législation spécifique. La faisabilité des critères d'éligibilité sera vérifiée lors d'une prochaine étape.

En conclusion, le groupe éligible de professionnels et les secteurs éligibles présentés dans ce rapport forment une base pour des développements futurs plutôt qu'une classification finale.

NOUS SOUHAITONS OBTENIR PLUS D'INFORMATION, ISSUES DE PAYS PLUS NOMBREUX, SUR LES SECTEURS QUI SUIVENT DES SITUATIONS DE VIOLENCE ENVERS LES ENFANTS ET SUR LES RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS. CELA NOUS PERMETTRAIT DE DONNER UNE DÉFINITION PLUS CLAIRE DES SOURCES DE DONNÉES ET DES OPÉRATEURS D'UN SYSTÈME D'EMD CONCERNANT LA VNE. VOTRE CONTRIBUTION EST LA BIENVENUE !

5. ATTRIBUTS DES SYSTÈMES

Caractéristiques opérationnelles d'un éventuel système national d'observation CAN-MDS

<i>Autorité légale pour la collecte de données</i>	Critères pour des autorités-gestionnaires qui pourraient gérer un système d'observation CAN-MDS : Identité (Nom, Domaine/Secteur et statut légal) Compétence de l'autorité proposée pour entreprendre le rôle de gestionnaire CAN-MDS Autorisation légale, expertise et capacités opérationnelles (moyens humains et techniques)
<i>Sources de données pour le système</i>	Voir section « 4. Sources de données ». Plus d'informations pour les opérateurs éligibles dans le Rapport « Développement de critères d'éligibilité pour la création de groupes nationaux d'opérateurs principaux et de groupes élargis d'un système CAN-MDS ».
<i>Type d'observation</i>	Un type d'observation <i>intégrée</i> (combinaison de systèmes passifs et actifs - selon les spécificités nationales - utilisant une infrastructure unique pour collecter les informations sur la base de définitions de situations) (Nsubuga <i>et al.</i> 2006)
<i>Type de données à collecter</i>	Données, issues des suites données par les services à des situations de VNE, portant sur l'enfant, la famille, les services. Informations disponibles dans: Outils CAN-MDS (partant des résultats de l'évaluation des éléments proposés pour inclusion dans l'EMD) et Guide pour les professionnels (définitions opérationnelles)
<i>Groupes de population cibles</i>	Tous les mineurs (0-18 ans) victimes de violence ou risquant de l'être (principaux bénéficiaires) Adultes référents de mineurs victimes de violence ou risquant de l'être et professionnels (bénéficiaires indirects)
<i>Mesures prises pour assurer la protection de la vie privée, la confidentialité des données, la sécurité du système</i>	Informations disponibles dans : Les Rapports sur la situation de chaque pays, Chapitre 3. Cadre légal, parties 3.1. Législation, politiques et mandats relatifs au signalement et à l'enregistrement de situations de VNE dans les différents domaines professionnels et 3.2. Dispositions légales relatives à la gestion des données personnelles sensibles
<i>Procédures et conditions préalables pour la collecte de données</i>	Voir section « 6. Instruments et procédures d'enregistrement » ainsi que les informations disponibles dans : ▪ <i>Boîte à outils CAN-MDS</i> (voir ci-dessous <i>Boîte à outils CAN-MDS en un coup d'œil</i>) Guide pour les professionnels (groupes principaux et élargis d'opérateurs) et protocole pour la collecte de données
<i>Méthodologie relative à la gestion des données</i>	Conformément à la législation actuelle, voir les Rapports sur la situation de chaque pays, partie 3.2. Dispositions légales relatives au traitement de données personnelles sensibles (transfert, enregistrement, édition, conservation, sauvegarde, archivage adéquat des rapports et/ou leur destruction)
<i>Compatibilité avec des systèmes de codage existants</i>	Une comparaison des variables EMD sera effectuée (dans la mesure du possible) avec les conseils d'observation du CDC (Centre de contrôle des maladies); ICD-9 et ICD-10 et des systèmes de classification diagnostique (<i>diagnosis-related group</i> , DRG). (élaboration d'un algorithme pour la <i>conversion</i> automatique des données CAN-MDS vers et à partir des systèmes de codage ci-dessus, dans la mesure du possible)
<i>Interconnexion avec les systèmes existants</i>	[Dans les pays où cela est légalement possible] Interconnexion avec des bases de données déjà existantes, si disponibles (voir aussi section « 4. Sources de données »)
<i>Méthodologie pour l'analyse et la transmission des données (Teutsch et Thacker, 1995)</i>	<i>Données agrégées (à diffuser périodiquement) au niveau primaire (services locaux) ; niveau secondaire (services centraux) ; niveau tertiaire (ministères, décideurs politiques). Accès aux données brutes des situations pour les opérateurs autorisés (au cours de l'investigation des situations et pour leur suivi) « ...sans données nationales de cas, il n'est pas possible d'analyser le pourcentage de cas de violences sexuelles par rapport aux cas de violence physique enregistrés par les services au niveau national. Les données au niveau des situations sont nécessaires pour la plupart des travaux importants d'analyse politique »</i> [Source : Finkelhor et Wells 2003].
<i>Évaluation du système</i>	Évaluation de l'utilité du système et de ses caractéristiques opérationnelles via une direction au niveau national (coordination de la collecte des données à partir de sources éligibles au niveau local et centralisation de la gestion des données).
<i>Périodicité de la collecte des données</i>	Permanente (étant donné que le test de pilotage initial et l'évaluation ultérieure renforceront l'utilité du système).

Précisions relatives à ce tableau :

À ce jour, il n'existe pas de série standardisée de codes de diagnostic clinique pour identifier la violence au sein de données de suivi administratif des situations, d'où l'usage de diverses définitions dans les études relatives à l'observation. (Source : Parks et al.2012)

Le Centre de contrôle des maladies (CDC) (NVSS) fournit des données sur les décès d'enfants dus manifestement à la violence, ainsi que sur les

autres homicides d'enfants. Un décès est considéré comme une issue fatale par violence d'enfant si la cause indiquée sur le certificat de décès mentionne des sévices (E967), la négligence (E904, E968.4) ou l'homicide d'enfant (E960-E969.9) (CDC 2001). Les statistiques vitales de chaque enfant sont indiquées sur le certificat de décès. Elles reprennent son âge, son sexe, sa « race », la cause du décès, le lieu du décès (État), la manière dont l'enfant est décédé et la date (année).

Composantes d'un système d'observation CAN-MDS et attributs permettant de traiter des principales limites d'observation en matière de santé publique

Les composantes essentielles des systèmes d'observation en matière de santé publique sont la collecte de données, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des résultats (Amal 2009 ; Thacker 2000). Pour être fonctionnel, un système d'observation doit : avoir des objectifs clairs ; collecter un minimum de données pertinentes en vue d'une action appropriée ; viser une population cible déterminée ; avoir des sources de données spécifiques ; et incorporer un flux d'informations bien identifié avec des mécanismes de feedback et de diffusion bien établis (CDC 2012).

ANALYSE - Limites	Réponse CAN-MDS
Méfiance à l'égard du système et de sa nécessité	Démontrer à toutes les parties concernées la nécessité d'une collecte permanente et systématique de données sur la VNE via à un système d'observation
Sous-enregistrement vu l'insuffisance du signalement des situations Insuffisance du signalement des situations et enregistrement inapproprié dans le temps vu la procédure de signalement	Élargir l'éventail des sources de données et par conséquent les « catégories de personnes transmettant l'information » (avec des niveaux d'accès gradués, cf. nb1) en facilitant le processus de transmission des informations [dans les conditions déterminées par la loi]: permettre à tous les professionnels éligibles, actifs dans les différents secteurs, de devenir des opérateurs du système au lieu de les orienter vers d'autres professionnels (actifs dans des services tels que la protection de l'enfance/les services sociaux ou judiciaires)
Insuffisance du signalement à cause de l'inexistence de législation le rendant obligatoire	Inclure les professionnels-opérateurs qui n'ont pas de mandat pour signaler les situations
Sous-enregistrement de situations signalées dû à un enregistrement passif (Konowitz <i>et al.</i> 1984)	Adopter une observation intégrée (combinant des systèmes passifs et actifs – selon les spécificités des pays) en utilisant une méthodologie et un instrument uniques pour collecter les informations sur base des définitions de situations
L'enregistrement prend beaucoup de temps vu la lourdeur de la procédure	Utilisation d'une application en ligne sur base d'une série minimum de données avec des variables pré-codées (pas besoin de texte) et d'un processus simplifié d'enregistrement
Manque d'incitation à l'enregistrement; manque de feedback, ce qui conduit à la perception qu'il n'y a aucune action de suivi	Assurer un feedback opportun et informatif relatif au suivi des situations - feedback instantané (là où il est décidé, selon le niveau d'accès) offrant à l'opérateur des informations sur les situations (suivi des situations individuelles ; investigation des situations et avancement de leur gestion) - à long terme, offrir régulièrement aux opérateurs des informations intéressantes sur la santé publique (telles que les tendances en matière de VNE, les facteurs de risque etc.).
De la part des professionnels et des opérateurs Les professionnels ne sont pas conscients de leur responsabilité pour l'enregistrement ou supposent que quelqu'un d'autre le fera	- recours à des professionnels formés et identifiés par organisme (noms d'utilisateur individuels) - des professionnels particuliers seront désignés par leur organisme pour entrer les enregistrements d'incidents VNE dans le système CAN-MDS (des noms d'utilisateur et mots de passe personnels leur seront attribués)
Les professionnels ignorent quelles situations doivent être enregistrées	Les professionnels souhaitant devenir opérateurs du système CAN-MDS recevront les définitions détaillées des situations
Les professionnels ignorent comment procéder à l'enregistrement	Les professionnels désignés pour devenir opérateurs du système CAN-MDS recevront une brève formation et le matériel nécessaire (Guide et protocole de procédures)
Les professionnels adoptent une attitude négative envers le processus d'enregistrement	Simplification de la procédure d'enregistrement via une application en ligne facile d'utilisation et intuitive

Les professionnels s'inquiètent de ce que l'enregistrement pourrait violer la confidentialité ou qu'il compromette la relation professionnel-victime (présumée)	<ul style="list-style-type: none"> - assurer le cryptage/l'anonymisation des données, des niveaux d'accès gradués, le respect de la législation nationale sur la gestion des données personnelles sensibles - fournir à toutes les parties concernées une argumentation satisfaisante sur les aspects éthiques relatifs à la confidentialité et les données personnelles sensibles
---	--

nb1 : « ...Malheureusement, la plupart des systèmes examinés ici ne sont pas gérés de manière coordonnée. Les personnes impliquées dans ces systèmes de données ne proviennent pas du même domaine ou de la même agence fédérale. Une des méthodes utilisées pour fixer les priorités et améliorer le niveau général des systèmes de données est de réunir les usagers et les gestionnaires de différentes séries de données ainsi que des professionnels de diverses disciplines tels que des criminologues, des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé publique etc. afin d'apprendre à partir d'autres systèmes. Une manière de procéder serait de travailler avec le groupe de travail (task force) inter-agences sur "L'intégration des statistiques fédérales relatives aux enfants" ainsi qu'avec d'autres organismes afin de multiplier les conférences, les "focus groups", task forces et autres opportunités pour que les personnes des divers systèmes puissent se rencontrer et appliquer les leçons apprises du travail de chacun » [Source : Finkelhor et Wells, 2003].

ANALYSE - Limites	Réponse CAN-MDS
La voie d'entrée réside dans les observations des services (pas la population générale)	Élargir l'éventail des sources de données et celui des opérateurs éligibles du système (cf nb1)
Manque de représentativité (il s'agit surtout d'incidents sérieux et provenant de sources spécifiques, p.ex. des services sociaux ou du système légal)	Élargir l'éventail des sources de données Élargir les définitions de situations (incidents VNE enregistrés, indépendamment de toute vérification sur le plan judiciaire ou clinique)
Désaccord sur la nécessité d'enregistrer des situations spécifiques définies comme « pas si sérieuses » /tentation d'enregistrer exclusivement les situations graves conduisant ainsi à une estimation exagérée du degré général de gravité	Définitions détaillées des situations évitant ainsi les jugements subjectifs relatifs à leur gravité et éligibilité

nb1 : «...Les systèmes de données pourrait étendre leur couverture afin d'inclure davantage de juridictions ou d'autres couches de la population » [Source : Finkelhor et Wells, 2003]

«...L'étude nationale d'incidence de la VNE collecte les données des organismes de protection de l'enfance ainsi que d'autres sentinelles non liées à la protection de l'enfance telles que celles chargées de l'application de la loi, les services médicaux, scolaires et autres (services de santé mentale, garderies, services sociaux bénévoles), qui peuvent être en contact avec des enfants victimes. » [Source : Sedlak et Broadhurst, 1996].

INTERPRÉTATION - Limites	Réponse VNE-EMD
Divers instruments pour la collecte des données	Utilisation d'un EMD (reconnu par les experts nationaux et internationaux) permettant des comparaisons aux niveaux national et international
Difficultés liées aux « définitions de situations » Définitions différentes	Utilisation de définitions des variables EMD opérationnelles, pratiques, simples, compréhensibles et acceptées par tous les professionnels-opérateurs éligibles sur qui le système s'appuiera pour l'enregistrement des situations, indépendamment des secteurs dans lesquels ils travaillent
Incohérence des définitions de situations	Utilisation de définitions de situations provenant d'un processus de définition « de bas en haut » (<i>bottom-up</i>), afin d'éliminer les malentendus et les jugements subjectifs sur les types et la gravité des incidents à enregistrer. Au lieu de donner aux opérateurs les définitions-types de violence pour pouvoir classer les situations, on leur demandera de noter la présence ou l'absence d'actes spécifiques généralement compris par tous; ainsi la classification des types de violence résultera d'un processus <i>bottom-up</i> et ne dépendra pas de la façon dont chaque professionnel comprend la situation.
Différentes procédures de collecte des données	Mise à disposition d'un petit module de formation, de groupes de base nationaux formés, d'un guide pour professionnels et d'un bref protocole des opérations.

DIFFUSION - Limites	Réponse CAN-MDS
L'accès aux données brutes (issues des situations) n'est pas autorisé	Niveaux d'accès gradués (par opérateur éligible selon sa responsabilité et son implication dans le suivi des situations de VNE) permettant au CAN-MDS, là où c'est opportun et licite, <ul style="list-style-type: none"> - de servir d'outil prêt à l'emploi au cours de l'investigation des situations (par les parties agréées, cf nb1) - d'assurer le suivi de chaque situation (canaux de communication entre les secteurs concernés et les professionnels)

nb1 : «...Les systèmes de données doivent être modifiés afin d'assurer la continuité et la corrélation entre systèmes, soit en utilisant des définitions identiques, soit en intégrant les systèmes de données pour faciliter le suivi des enfants entre les systèmes » [Source : Finkelbor et Wells, 2008].

6. INSTRUMENTS ET PROCÉDURES D'ENREGISTREMENT

Cadre des données – sélection des indicateurs à mesurer

Lors de la mise en place d'un nouveau système d'observation, tel que CAN-MDS, la première question à laquelle il faut répondre est celle des catégories d'informations à surveiller, c'est-à-dire tracer le cadre des données (Abelsohn, Frank et Eyles 2009). Ce cadre est généralement défini en termes d'indicateurs, de facteurs mesurables permettant des estimations objectives de la dimension du problème sous observation, ainsi que le suivi du processus, les résultats ou les effets d'une intervention sur la population (Nsbuga *et al.* 2006). Les technologies de l'information peuvent faciliter la collecte, l'analyse et l'utilisation des données issues de l'observation à condition que des normes soient élaborées pour ces données et que des systèmes compatibles soient utilisés.

Le processus d'élaboration des indicateurs-cadres comprend plusieurs étapes : inventaire de la littérature, consultation d'experts et enquêtes selon la méthode Delphi, afin d'atteindre un consensus sur une liste d'indicateurs et évaluer la disponibilité et la qualité des données. Le nombre d'indicateurs possibles pour l'observation est énorme et doit systématiquement être restreint.

Trois critères pour l'élaboration des indicateurs-cadres sont qu'ils soient solides, pratiques et utilisables (Choi 1998). Parmi les indicateurs, la définition de ce qui constitue une « situation » est importante. (Garcia-Albreu, Halperin, et Daniel 2002). Les définitions de situations à des fins d'observation peuvent différer des critères utilisés pour un diagnostic clinique (CDC 1997). Pour les maladies non transmissibles, l'OMS recommande une approche étape par étape de l'observation qui comporte une série d'indicateurs principaux qui ensuite peuvent être élargis (OMS 2003).

En utilisant les mêmes variables normalisées et le même protocole d'enregistrement, tous les pays pourraient utiliser les données collectées non seulement pour suivre les tendances de violence envers les enfants au sein d'un même pays, mais aussi pour procéder à des comparaisons entre pays. Selon l'OMS (2003), une telle approche encourage la collecte de petits éléments d'information utile sur une base régulière et continue, comme proposé dans le cadre d'un système d'observation CAN-MDS.

Thacker *et al.* (1996) propose trois catégories d'informations à surveiller : observation de l'exposition, observation du risque (ici des *déterminants*) et observation en termes d'impact sur la santé. Pour ce qui est de l'ensemble spécifique d'indicateurs élaborés dans le domaine de la violence envers les enfants, une quatrième catégorie d'informations a été ajoutée : l'observation des suites données par les services.

Le cadre de données pour les indicateurs à mesurer via un système d'observation CAN-MDS peut être résumé dans le tableau ci-dessous.

Exposition à la violence envers les enfants	<ul style="list-style-type: none"> • incidence VNE • vulnérabilité des enfants à chaque forme spécifique de VNE • Incidence par type
Impacts de la violence envers les enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Impacts en termes de santé physique • impacts en termes de santé mentale • impacts en termes de développement
Surveillance des déterminants de la violence envers les enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Risques liés aux caractéristiques du/des auteur(s) • Risques liés à l'enfant pour la VNE • Risques liés à la famille et au ménage pour la VNE
Surveillance de la réponse des services à la violence envers les enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Organismes concernés au cours de l'investigation et de la gestion des cas • Réponses institutionnelles/ services fournis • Actions légales prises

La boîte à outils CAN-MDS d'un seul un coup d'œil

Structure de la boîte à outils CAN-MDS

Bien que la boîte à outils soit élaborée sur base du contenu de l'EMD, les documents finalisés seront inclus dans le CD reprenant le **Guide pour les opérateurs CAN-MDS** à l'intention des groupes nationaux élargis (ainsi qu'une version pour les groupes nationaux principaux d'opérateurs qui seraient formés dans le cadre du projet afin qu'ils puissent agir en tant que formateurs-*multiplicateurs* dans leurs pays, où un système CAN-MDS national sera développé). La procédure étape par étape pour l'utilisation de CAN-MDS, c'est-à-dire un bref protocole des opérations, sera annexée au Guide pour les professionnels opérateurs CAN-MDS et elle pourrait être utilisée de manière autonome par tous les professionnels qui ont déjà reçu une formation pour devenir opérateurs. Enfin, l'EMD sera aussi joint au Guide. Il sera disponible sous forme imprimable, ainsi qu'en format électronique pouvant être utilisé en ligne.

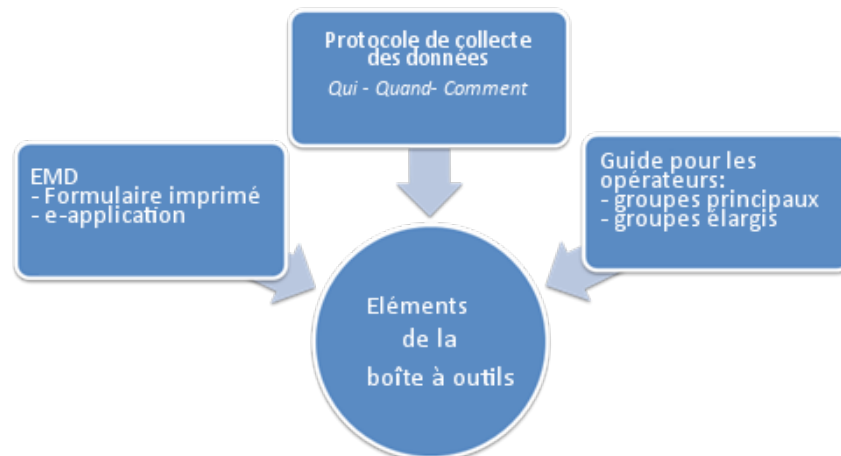


Tableau 3.1 Principaux éléments CAN-MDS⁶

V[no]	Axe	Label	
1	Enreg.	ID de l'organisme	Axe: Enregistrement Variables: 4
2	Enreg.	ID de l'opérateur	
3	Enreg.	Date de l'enregistrement	
4	Enreg.	Source d'informations	
5	Incident	ID de l'incident	Axe: Incident Variables: 4
6	Incident	Date de l'incident	
7	Incident	Lieu de l'incident	
8	Incident	Forme(s) de violence	
9	Enfant	Numéro identifiant de l'enfant	Axe: Enfant Variables: 4
10	Enfant	Sexe de l'enfant	
11	Enfant	Date de naissance de l'enfant	
12	Enfant	Nationalité de l'enfant	
13	Famille	Composition de la famille	Axe: Famille Variables: 4
14	Famille	Lien de parenté à l'enfant du/des adulte(s) référent(s) principal (aux)	
15	Famille	Sexe du/des adulte(s) référent(s) principal (aux)	
16	Famille	Date de naissance du/des adulte(s) référent(s) principal (aux)	
17	Services	Suite donnée par le service	Axe: Services
18	Services	Orientation(s) vers un autre /d'autres service(s)	Variables: 2

Informations disponibles pour le CAN-MDS dans le Guide pour Professionnels

Identité de la variable

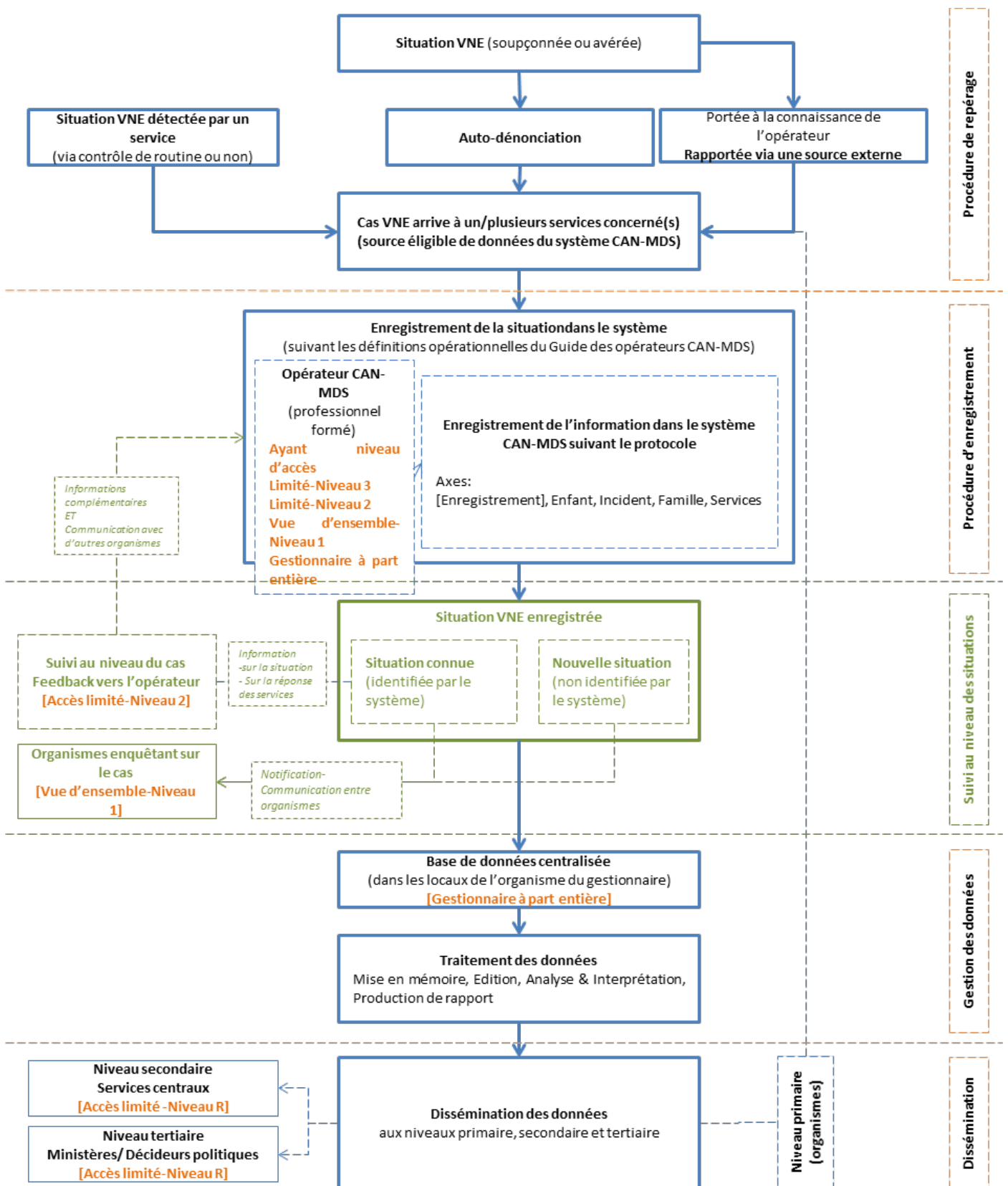
Nom en abrégé	« Label » de la variable
Axe	L'axe auquel appartiennent les variables (5 valeurs possibles: enregistrement, incident, enfant, famille, services)
Définition	Brève définition de la variable. Définitions opérationnelles détaillées.
Raisons de l'inclusion	Brève explication de l'inclusion de la variable dans les outils CAN-MDS
Références apparentées	Références à l'appui de l'explication ci-dessus sur l'importance de la variable en vue de son inclusion dans l'EMD.
Pertinence	Relation avec les objectifs spécifiques de CAN-MDS

Spécifications techniques

Catégorie d'indicateur	Chaque variable est reliée à un ou plusieurs indicateurs. Les principales catégories d'indicateurs proposées à la quantification par CAN-MDS sont: 1. Exposition à la violence d'enfants; 2. Impact de la violence d'enfants; 3. Observation des déterminants de la violence à enfants; 4. Observation des suites données par les services à la violence à enfants.
Type de réponse	« Obligatoire », « Conditionnelle » (lorsqu'elle dépend des réponses relatives à une autre variable) ou « Optionnelle » (à considérer pour les variables non incluses dans le principal EMD).
Format de réponse	Chaque variable incluse dans l'outil CAN-MDS final est rendue totalement opérationnelle.
Sous-variables	Pour certaines variables, il est suggéré d'inclure des sous-variables afin de collecter des informations plus précises.
Corrélation	Interconnexion entre variables (en tant que première étape pour la description de la façon dont le système peut être élaboré).
Problèmes possibles	Problèmes et suggestions anticipés.

⁶ Note pour l'édition française : dans le contexte français, des précautions spéciales sont à prendre selon les types d'opérateurs et de mise en place envisagées, par rapport aux exigences légales et recommandations de la CNIL s'agissant des informations des lignes indiquées en gris.

7. ORGANIGRAMME D'UN SYSTÈME D'OBSERVATION CAN-MDS



8. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Identité du projet

Titre : Réponse coordonnée à la Violence et la Négligence envers les Enfants via un Ensemble Minimal de Données (CAN-MDS)

Co-financement : Programme EC DAPHNE III, DG Justice, [80%] et organisations partenaires [20%]

Contrat : JUST/2012/DAP/AG/3250

Durée : 24 mois (date de début : février 2013)

Consortium du projet

Coordination : Institute of Child Health, Dept. of Mental Health et Social Welfare (ICH-MHSW)-EL (Adresse: Fokidos Street, 7, 11526 Athènes, Grèce, tél:+30 210 7715791, fax:+30 210 7793648, e-mail:ich-mhsw@ich-mhsw.gr, website : www.ich-mhsw.gr.

Enjeux éthiques: P. Durning

Évaluation externe: J. Gray

Organisations : Child and Family Agency-BE

Partenaires :

South-West University "Neofit Rilski" (SWU)-BG

University Ulm, Dept. of Child and Adolescent Psychiatry/ Psychotherapy-DE

Observatoire national de l'enfance en danger (ONED)-FR

Istituto degli Innocenti (IDI)-IT

Babes-Bolyai University, Dept. of Social Work (BBU)-RO

Partenaire associé : Lucerne University of Applied Sciences et Arts, School of Social Work-CH

Avec la contribution volontaire de Ministry of Health, Social Welfare and Equality, DG of Services for Family et Infancy-ES

Voir aussi **Country Profile Reports**

RÉFÉRENCES

Abelsohn, A., Frank, J., Eyles, J. (2009). Environmental public health tracking/observation in Canada: a commentary. *Healthcare Policy*, 4(3), 37-52.

AlEissa, M. A., Fluke, J. D., Gerbaka, B., Goldbeck, L., Gray, J., Hunter, N., Madrid, B., Puyenbroeck, B. V., Richards, I., and Tonmyr, L. (2009). A commentary on national child maltreatment observation systems: Examples of progress. *Child Abuse et Neglect*, 33(11) : 809-814.

Amal, B. (2009). Components of a good observation system and future plans for improvement in the EMR. Presented at WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean Observation Workshop Available at: www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/meetings/ie_oct09_observation_components.pdf.

Bross, D. C. et al. (2000). *World perspectives on child abuse: The fourth international resource book*. Denver, CO: Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine.

Choi, B. C. K. (2012). The past, present, and future of public health observation. (Invited Spotlight Article). *Scientifica*, Article ID 875253, <http://dx.doi.org/10.6064/2012/875253>.

Choi, B. C. K. (1998). Perspectives on epidemiologic observation in the 21st century. *Chronic Diseases in Canada*, 19, 145-151.

ChildONEurope (Bianchi D., Ruggiero R., editors) (2009), *Guidelines on Data Collection and Monitoring Systems on Child Abuse*, ChildONEurope Series 1, Istituto degli Innocenti, Firenze.

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics*. 3rd Edition.

Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Prevent Child Maltreatment. Available at: www.cdc.gov/features/healthychildren

Centers for Disease Control and Prevention (1997). Case definitions for infectious conditions under public health observation, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46, 1–55.

Fallon, B., Trocme, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L., et Yuan, Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse et Neglect*, 34, 70-79.

Finkelhor, D. and Wells, M. (2003). Improving data systems about juvenile victimization in the United States. *Child Abuse et Neglect*, 27(1), 77-102.

Garcia-Albreu, A., Halperin, W. and Danel, I. (2002). *Public Health Observation Toolkit: A Guide for Busy Task Managers*, World Bank, Washington, DC, USA.

HM Government. (2013). *Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. Available at: <http://media.education.gov.uk/assets/files/pdf/w/working%20together.pdf>

Konowitz, P. M., Petrossian, G., A., Rose, D. N. (1984). The underreporting of disease and physicians' knowledge of reporting requirements. *Public Health Rep*, 99, 31-35.

Leeb R, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. (2008). *Child Maltreatment Observation: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Control and Prevention: Atlanta, GA.

National Research Council (NRC, U.S.) (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press.

Nsubuga, P., White, M. E., Thacker, S. B., et al. (2006). Public health observation: a tool for targeting and monitoring interventions. In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham et al., Eds., The World Bank and Oxford University Press, Washington, DC, USA, 2nd edition. <http://www.dcp2.org/pubs/DCP/53/Section/7904>

O'Donnell, M., Scott, D., Stanley, F. (2008). Child abuse and neglect-is it time for a public health approach? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 325–330.

Parks, S., Sugerman, D., Xu, L., Coronado, V. (2012). Characteristics of non-fatal abusive head trauma among children in the USA, 2003-2008: application of the CDC operational case definition to national hospital inpatient data. *Injury Prevention*, 18(6), 392-8.

Putnam-Hornstein, E., Webster, D., Needell, B., et Magruder, J. (2011). A public health approach to child maltreatment observation: Evidence from a data linkage project in the United States. *Child Abuse Review*, 20, 256-273.

Sedlak, A. J. and Broadhurst, D. D. (1996). *The Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-3)*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.

Sleet, D. A., Hopkins, K. N., Olson, S. J. (2003). From discovery to delivery: Injury prevention at CDC. *Health Promotion Practice*, 4, 98–102.

Stoto, M. A. (2003). *Public Health Observation: A Historical Review with a Focus on HIV/AIDS*, RAND, Santa Monica: California-USA.

- Teutsch, S. and Thacker, S. (1995). Planning a public health observation system. *Epidemiological Bulletin*. 16(1), 1-6.
- Thacker, S. B. (2000). In: *Principles and Practices of Public Health Observation*. Oxford University Press, New York. 1-16.
- Thacker, S. B., Stroup, D. F., Parrish, G., Anderson, H. A. (1996). Observation in Environmental Public Health: Issues, Systems and Sources. *American Journal of Public Health*, 86, 633-38.
- Thacker, S. B., Berkelman, R. L. (1988). Public health observation in the United States. *Epidemiologic Reviews*, 10, 164-190.
- Trocme, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D., et Cloutier, R. (2005). Canadian incidence study of reported child abuse and neglect—2003: Major findings. Ottawa, ON, Canada: Minister of Public Works and Government Service.).
- World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (2003). *STEPS: A Framework for Observation*. The WHO STEPwise Approach to Observation of Non-communicable Diseases (STEPS), World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (1999). WHO Recognizes Child Abuse as a Major Public Health Problem. Press release, WHO/20: 8 April.
- Wyatt, G. E., and Peters, S. D. (1986). Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research. *Child Abuse and Neglect* ,10, 231-240.
- Zimmerman, F., Mercy, J. A. (2010). A better start: child maltreatment as a public health priority. Available at: www.zerotothree.org/maltreatment/child-abuse-neglect.
- Ziravom, S. J. (1991). Research definitions of child physical abuse and neglect: Current problems. In R. Starr and D. Wolfe, eds. *The Effects of Child Abuse and Neglect: Issues and Research*. New York: Guilford Press.