

# Prévalence mondiale de la violence contre les enfants dans l'année : revue générale et estimations minimales

Susan Hillis, PhD, MSN, James Mercy, PhD, Aداوگو Amobi, MD, MPH, Howard Kress, PhD

**CONTEXTE :** Des preuves confirment l'association entre les violences subies dans l'enfance et les causes majeures de mortalité à l'âge adulte. Une synthèse des données disponibles sur la prévalence des violences envers les enfants dans l'année antérieure aidera à mettre en œuvre l'appel des Nations unies pour mettre fin à la violence contre les enfants.

**OBJECTIFS :** Les investigateurs ont revu de façon systématique les enquêtes de populations sur la prévalence des violences contre les enfants dans l'année antérieure et synthétisé les meilleures preuves disponibles pour en déduire les estimations minimales régionales et globales.

**SOURCES DES DONNÉES :** Nous avons recherché les rapports d'enquêtes représentatives estimant la prévalence des violences envers les enfants en utilisant Medline, Pubmed, Global Health, NBASE, CINAHL, et l'ensemble du net.

**SÉLECTION DES ÉTUDES :** Deux investigateurs indépendants ont évalués les études en fonction des critères d'inclusion et les ont incluses selon des indicateurs de qualité

**EXTRACTION DES DONNÉES :** Les investigateurs ont extraits les données concernant la prévalence de violences sévères dans l'année antérieure selon les pays, les groupes d'âge, et le type des violences (physiques, sexuelles, psychologiques ou multiples). Nous avons utilisé une approche par triangulation avec des données synthétisées pour générer des prévalences minimales par région, selon les moyennes pondérées en fonction du nombre d'habitants et des prévalences spécifiques par pays.

**RESULTATS :** Trente-huit rapports ont fourni des données de qualité pour 96 pays sur la prévalence des violences envers les enfants dans l'année antérieure. Les estimations basses montrent qu'un minimum de 50% ou plus des enfants d'Asie, d'Afrique, et d'Amérique du Nord ont subi des violences dans l'année antérieure, et que globalement plus de la moitié des enfants — 1 milliard d'enfants âgés de 2 à 17 ans — ont subi de telles violences.

**LIMITATIONS :** En raison des variations dans le moment où sont survenues ces violences et dans leur type, la triangulation n'a pu être utilisée que pour générer des estimations de prévalence minimale.

**CONCLUSIONS :** Une surveillance élargie de la violence à l'égard des enfants au sein de la population est essentielle pour cibler la prévention et stimuler l'investissement urgent dans l'action engagée dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations-Unies.

---

<sup>b</sup>Division of Violence Prevention; <sup>a</sup>National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; and <sup>c</sup>Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

Les docteurs Hillis et Mercy ont conceptualisé et conçu l'étude, rédigé le manuscrit initial, approuvé le manuscrit final tel que soumis et sont responsables de tous les aspects de ce travail; les Dr Hillis et Kress ont procédé à la revue systématique, extrait les données pertinentes, analysé et/ou interprété les données synthétisées, révisé et approuvé le manuscrit final, et sont responsables de la représentation de tous les aspects du travail; le Dr Amobi a contribué à acquérir, synthétiser et interpréter les données, rédiger et réviser le manuscrit, approuver le manuscrit final tel que soumis et assumer la responsabilité de la publication de tous les aspects de cette étude.

**Pour citation :** Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079

La violence à l'encontre des enfants est un problème de santé publique, de droits humains et sociaux, aux conséquences potentiellement dévastatrices et coûteuses.<sup>1</sup> Ses effets destructeurs s'exercent sur les enfants de tous les pays, affectant les familles, les communautés et les pays, et touchent plusieurs générations. Reconnaisant sa nature omniprésente et injuste, presque toutes les nations (196) ont ratifié la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant de 1989, qui reconnaît le droit de vivre à l'abri de la violence comme un droit fondamental des enfants. Aujourd'hui, plus de 25 ans plus tard, l'ONU a lancé un nouveau programme de développement durable visant à mettre un terme à toutes les formes de violence à l'égard des enfants.<sup>2</sup> Documenter l'ampleur de la violence à l'encontre des enfants en synthétisant les meilleures données disponibles est essentiel pour éclairer les politiques, conduire des actions, et pour suivre les progrès de ce programme audacieux.

Les données des enquêtes sur la violence à l'encontre des enfants dans différents pays mesurent généralement la prévalence de types de violence bien définis, tels que les violences physiques, sexuelles ou psychologiques. Les estimations peuvent aussi porter sur un lieu ou sur une classe d'auteur ; les exemples incluent la victimisation par les menaces, qui n'est souvent mesurée que lorsqu'elle se produit dans l'enceinte de l'école, ou par la maltraitance, qui est limitée à celle perpétrée par les parents ou les gardiens. Les études de prévalence mesurent rarement en même temps les catégories

de violences, leurs localisations et leurs auteurs.

Bien que peu d'études évaluent les violences subies par les enfants selon les catégories de violences, de nombreux rapports suggèrent que des conséquences similaires sont communes à différentes catégories.<sup>3</sup> Ces conséquences sont additives et augmentent avec le nombre de types de violences subies et leur gravité.<sup>3,4</sup> Il existe un lien fort entre leurs séquelles néfastes et les principales causes de décès à l'âge adulte, y compris les maladies non transmissibles, les traumatismes, le VIH, les problèmes de santé mentale, le suicide et les problèmes de santé en matière de reproduction. Les associations empiriques entre l'exposition précoce à la violence et les principales causes de mortalité chez l'adulte ont été reconnues il y a des années, avant que leurs fondements biologiques communs ne soient élucidés.<sup>3,4,7</sup> Des preuves récentes documentent la biologie de la violence, démontrant que le stress traumatique subi du fait de la violence peut altérer l'architecture du cerveau, le statut immunitaire, les systèmes métaboliques et les réactions inflammatoires<sup>4</sup>. Les violences précoces peuvent entraîner des lésions durables des systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire, et peuvent même influencer les modifications génétiques de l'ADN.<sup>4,7</sup>

Face à la reconnaissance croissante de l'ampleur de la violence contre les enfants, de ses conséquences, de ses conséquences biologiques et de ses coûts, on assiste à un engagement croissant pour sa prévention de la part des agences des Nations Unies, de

l'Organisation mondiale de la santé, des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), du PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief), de la Banque mondiale, de Together for Girls, des gouvernements, des centres universitaires et des organisations de la société civile. La convergence des priorités en matière de protection des enfants contre la violence a abouti à l'inclusion non pas d'un, mais de deux objectifs distincts – chaque pays devant viser à son élimination plutôt qu'à la simple réduction – dans les objectifs de développement durable (ODD): « mettre fin à l'exploitation, à la traite et à toutes les formes de violence à l'encontre des enfants » et « éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles ».<sup>2</sup> De nombreux pays ne disposent pas des données qui seront nécessaires pour évaluer les progrès accomplis de 2016 à 2030 dans la réalisation de ces objectifs.

Après des années de recherche sur l'ampleur, les facteurs de risque et les conséquences de la violence à l'encontre des enfants, un consensus se dégage sur la manière de mesurer de manière fiable sa prévalence. Comme la violence à l'encontre des enfants ne retient généralement pas l'attention des organismes officiels, les données mondiales révèlent que la prévalence auto-déclarée des agressions sexuelles subies par les enfants est plus de 30 fois supérieure à celle des rapports officiels<sup>8</sup>, et que celle des agressions physiques auto-déclarées par les victimes est plus de 75 fois plus élevée<sup>9</sup>. Désormais les autodéclara-

tions sont considérées comme un outil de mesure essentiel et sont fondamentales pour favoriser de nouvelles opportunités d'investissement associées aux objectifs de développement durable visant à mettre fin à la violence à l'égard des enfants. Ces auto-évaluations doivent être vérifiées après que l'assentiment/le consentement éclairé a été donné en privé, là où les enfants et/ou les personnes qui en ont la charge peuvent fournir des informations directes sur les expositions à des comportements violents selon leur catégorie, leur lieu et leurs auteurs. Ces dernières années, le nombre d'enquêtes représentatives sur la prévalence des expériences récentes de violence à l'encontre des enfants a augmenté. Deux de ces enquêtes, l'Enquête nationale sur l'exposition des enfants à la violence (NatSCEV) et l'Enquête sur la violence à l'égard des enfants (VACS), mesurent ensemble catégories de violences, lieux et auteurs ; et plusieurs autres, telles que l'Enquête à indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS), WorldSafe, l'Enquête sur les comportements de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC), et l'Enquête mondiale sur la santé dans les écoles (GSHS), fournissent des estimations de l'exposition à plusieurs catégories de violence, bien qu'elles soient limitées à une classe d'auteurs ou de lieu.<sup>10-15</sup> Compte tenu de la nouvelle priorité globale accordée à la prévention de la violence à l'encontre des enfants, il est important d'utiliser les meilleures preuves disponibles pour évaluer dans quelle mesure les enfants de diverses régions du monde sont exposés à la violence. Notre objectif est d'examiner systématiquement la qualité des données

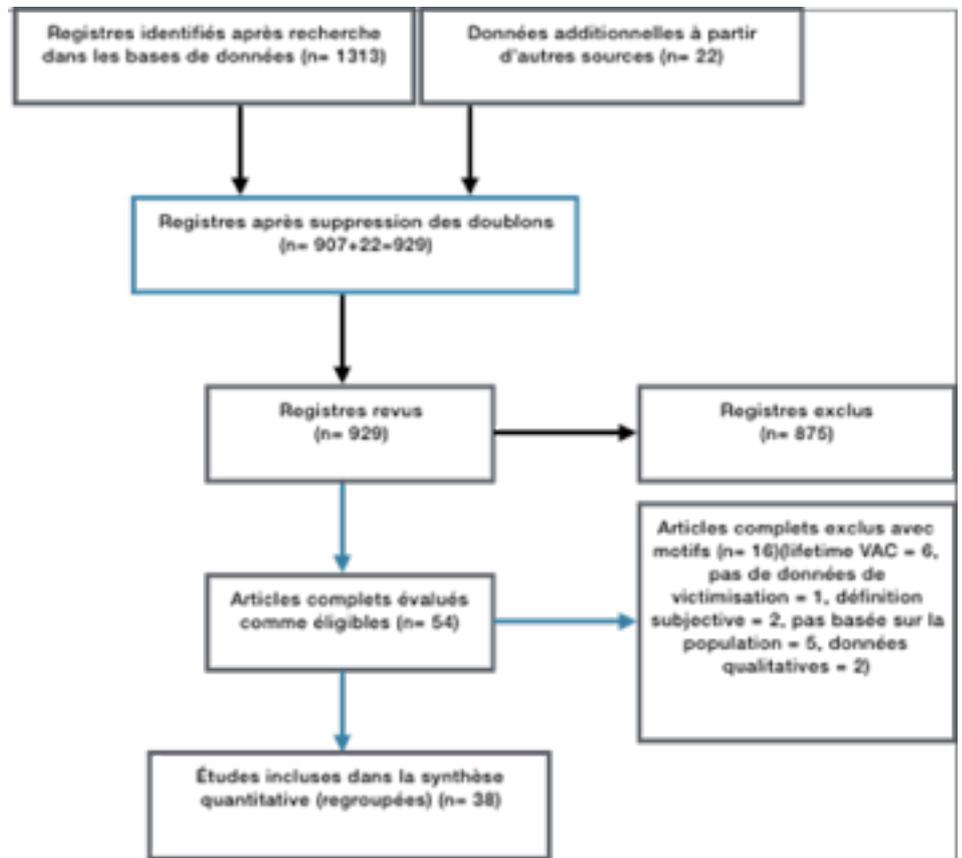


FIGURE 1  
Diagramme du schéma de la revue systématique : prévalence de la violence envers les enfants.

factuelles sur la prévalence de la violence à l'égard des enfants au cours de l'année antérieure, puis d'utiliser une approche triangulaire qui synthétise les données d'enquêtes de haute qualité afin d'estimer les prévalences minimales mondiales et le nombre d'enfants exposés à la violence au cours de l'année. Nous concluons en décrivant le besoin urgent de mettre en œuvre des programmes et des politiques multisectorielles efficaces pour prévenir la violence à l'encontre des enfants.

## METHODES

### Revue systématique : approche, caractéristiques, qualité, et représentation des données.

Nous avons utilisé la déclaration PRISMA pour guider notre revue systématique.<sup>16</sup> Notre recherche dans la base de données, effectuée en janvier 2014 à l'aide de

Medline, de PubMed, de Global Health, de NBASE et de CINAHL, a permis de répertorier 907 rapports sans doublons examinés par des pairs et publiés après l'an 2000, en utilisant les termes de recherche: [(pays à revenu faible ou intermédiaire ou pays à revenu élevé ou pays en développement ou pays développés) et (enfants âgés de 1 à 18 ans ou enfants ou adolescents ou bébés ou enfants d'âge préscolaire ou scolaire) et (enquêtes nationales ou suivi de population ou enquête sur la santé ou enquêtes sur la maladie ou enquêtes épidémiologiques ou surveillance), et (maltraitance envers les enfants ou violence physique ou violence sexuelle ou violence ou maltraitance psychologique ou négligence ou intimidation)] (voir Matériel complémentaire). Nous avons prolongé notre recherche de janvier 2014 à août 2015 (voir Documen-

Tableau 1 Études de populations mesurant les violences envers les enfants dans l'année antérieure et indicateurs de qualité des études

Caractéristiques		Qualité							
Groupe d'âge de l'étude	Type d'étude (Réf. No)	Nombre de pays	Pays	Définition Standard	Training	Échantillon probabiliste	Analyse pondérée	Coverage	Participation
		NAT REG MUN							
2-14	MICS (12, 24, 45)	33	Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Belarus, Bosnie & Herzégovine, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Gambie, Géorgie, Ghana, Guinée-Bissau, Guyane, Iraq, Côte d'Ivoire, Jamaïque, Laos, Kazakhstan, Kirghizistan, Kenya, Montenegro, Macédoine, Serbie, Sierra Leone, Surinam, Syrie, Tadjikistan, Togo, Trinidad et Tobago, Vietnam, Ukraine, Yemen	33	33	33	33	33	Non rapporté
	WorldSafe (13)	6	Brésil, Egypte, Inde, USA, Chili, Philippines	6	6	6	6	1	33%-99%
	NatSCEV (11, 38, 40, 41, 47)	1	USA	1	1	1	1	1	Variable selon échantillons 14%-67%
	CTS (35, 37, 39, 43)	3	Canada, Italie, Finlande	3	3	3	1	2	50%-57%
15-17	VACS (10, 18, 25-30, 31, 44)	8	Swaziland, Zimbabwe, Kenya, Tanzanie, Haïti, Malawi, Nigeria, Cambodge	8	8	8	8	8	88%-98%
	GSHS (15, 17, 19, 20, 22, 23)	21	Botswana, Brésil, Chili, Chine, Égypte, Guyane, Jordanie, Liban, Kenya, Maroc, Namibie, Oman, Philippines, Swaziland, Tadjikistan, Tanzanie, Ouganda, Émirats arabes unis, Venezuela, Zambie, Zimbabwe)						
	HBSC (14, 21, 32, 42)	37	Arménie, Autriche, Belgique, Canada, Croatie, République tchèque, Estonie, Danemark, Angleterre, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Groenland, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Pays-Bas, Norvège, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède, Suisse, Ukraine, USA, Pays de Galles	37	37	37	37	37	60%
	Étude nationale de santé à l'école (PeNSE) (48)	1	Brésil	1	1	1	1	1	83%
	YRBS, Violence liée aux contacts physiques (36, 46)	1	USA	1	1	1	1	1	67%
	Menaces (17, 33, 34)	3	Nouvelle-Zélande, Pakistan, Australie	1	2	2	1	2	45%-70%

MUN, municipal ; NAT, national ; REG, régional

Tableau 2 Estimations de base de la violence envers les enfants dans l'année antérieure par groupe d'âge et par régions

Région	Ages 2-14 ans										Ages 15-17 ans									
	Regroupements d'études publiées					Population à risque totale					Regroupements d'études publiées					Population à risque totale				
	N total études incluses (données US Census)	n minimum violences contre les enfants	b	c = b/a	d	e = (b/a) x (e)	f	g	n minimum affectés par VCE	% minimum VCE année antérieure	N total (données US Census)	n minimum VCE	N total (données US Census)	i	h = g/h	n minimum VCE	N total (données US Census)	j = (g/h x i)		
Afrique	71 876 435	35 958 876	50	385 921 657	193 071 746	30 848 759	15 723 230	51	71 989 161	36 691 963										
Asie	383 844 643	266 954 747	68	903 793 328	612 606 832	143 742 417	68 854 329	48	212 833 830	101 949 939										
Amérique latine	53 738 968	18 429 032	34	138 468 115	47 485 696	13 477 938	4 482 313	33	32 906 540	10 943 618										
Europe	16 686 939	1 359 251	8	100 964 471	8 224 160	21 542 125	6 590 651	31	22 775 007	6 967 841										
Amérique du nord	57 837 970	32 175 318	56	57 860 154	32 187 659	13 696 533	8 005 173	58	13 699 268	8 006 772										
Océanie		Non disponible		7 090 890	Non dispo	1 010 283	399 949	40	1 617 154	640 197										

tation supplémentaire) et avons identifié 22 autres rapports publiés (Documentation supplémentaire), comprenant des documents examinés par des pairs et des rapports de l'UNICEF, MICS (rapports de 33 pays), VACS (rapports de 8 pays) et HBSC (rapports de 37 pays). Après avoir examiné un total de 929 rapports sans doublons pour obtenir une description des mesures basées sur la population de tous les types de violences exercées au cours de la dernière année à l'encontre d'enfants âgés de 0 à 17 ans, nous avons procédé à un examen complet de 54 rapports. Parmi ceux-ci, 16 ont été exclus en raison de : absence de donnée sur la prévalence au cours de l'année antérieure,<sup>6</sup> rapports ne portant que sur les violences exercées,<sup>1</sup> définition subjective de l'exposition à la violence,<sup>2</sup> échantillonnage non représentatif,<sup>5</sup> et présentation de données uniquement qualitatives<sup>2</sup> (figure 1). Les 38 derniers rapports ont fourni des estimations quantitatives de la prévalence d'au moins un type de violence à l'encontre d'enfants au cours de l'année précédente<sup>1710-15,18-48</sup>.

Ces 38 références répondaient aux critères d'inclusion suivants : (1) données d'enquête basées sur la population, établies de manière probabiliste, à l'aide d'échantillons nationaux ou sous-nationaux ; (2) utilisation de mesures standard de la violence évaluant les comportements (Tableau supplémentaire 6, Matériel supplémentaire); (3) données recueillies lors d'enquêtes auprès des ménages réalisées par un enquêteur, d'enquêtes en milieu scolaire ou d'enquêtes téléphoniques par composition aléatoire de numéros, utilisant l'auto-évaluation (par

**TABLEAU 3 Analyse de sensibilité : estimations des violences envers des enfants dans l'année antérieure par groupe d'âge et région**

Région	2-14 ans					15-17 ans				
	Regroupements des rapports publiés			Population totale à risque		Regroupements des rapports publiés			Population totale à risque	
	N total des données Censuses	n : rapports VFE publiés regroupés	VFE année antérieure, %	N total des données Censuses	calcul de n affectés par VFE	N total des données Censuses	n : rapports VFE publiés regroupés	VFE année antérieure, %	N total des données Censuses	calcul de n affectés par VFE
a	b	c = b/a	d	e = (b/a) x d	f	g	h = g/f	i	j = (g/f) x (i)	
Afrique	71 876 435	62 759 153	87	385 921 657	338 968 802	30 848 759	15 723 230	51	71 989 161	36 691 983
Asie	393 844 643	340 657 383	86	303 793 328	781 739 387	143 742 417	71 644 993	50	212 833 830	106 081 967
Amérique latine	53 738 988	34 340 020	64	138 468 115	88 483 205	13 477 938	4 482 313	33	32 906 540	10 943 618
Europe	16 686 939	12 184 304	73	100 964 471	73 721 241	21 542 125	6 527 774	30	22 775 007	6 901 367
Amérique du Nord	57 837 970	35 685 684	62	57 860 154	35 699 372	13 630 826	8 005 173	58	13 699 268	8 006 772
Océanie	Non disponible			7 090 890	Non disponible	1 010 283		40	1 617 154	

Prévalences et estimations minimales du nombre total d'enfants atteints, incluant les enfants exposés à la violence physique modérée, définie comme fessées, gifles, coups et secouage

**TABLEAU 4 Projections régionales et globales des prévalences minimales des violences et du nombre minimal d'enfants exposés à la violence dans l'année antérieure**

Région	Données brutes			Analyse de sensibilité	
	Enfants à risque : données Censuses 2-17 ans	Estimation des violences, ou violences sévères de l'année antérieure, %	Nombre projeté d'enfants de 12 à 17 ans exposés à des violences, à des violences modérées ou sévères	Estimation année antérieure des violences, violences modérées ou sévères % <sup>a</sup>	Nombre projeté d'enfants de 12 à 17 ans exposés à des violences, à des violences modérées ou sévères
Afrique	457 910 818	50	229 763 729	82	373 660 785
Asie	1 116 627 158	64	714 556 771	80	887 821 353
Amérique latine	1 713 746 555	34	584 293 155	58	99 426 824
Europe	1 237 394 788	12	151 920 011	65	80 622 608
Amérique du Nord	715 694 222	56	401 944 311	61	43 706 144
Océanie	8 708 044	7	640 197	7	640 197
Monde	1 949 919 575	54	1 058 776 444	76	1 485 877 910

<sup>a</sup> Violences = inclut, selon le type de l'étude, l'exposition à un ou plus de : violence physique, violence psychologique, violence sexuelle, menaces, ou être témoin de violences.

<sup>b</sup> Inclut les enfants exposés à des violences physiques modérées children définies comme : fessées, gifles, coups, secouage.

**Tableau 5 Projections globales des prévalences minimales et du nombre minimal d'enfants exposés à la violence dans l'année antérieure selon les groupes économiques des Nations-Unies**

Région	Données brutes			Analyse de sensibilité	
	Enfants à risque : données Censuses 2 à 7 ans	Estimation année antérieure des violences, ou violences sévères % <sup>a</sup>	Nombre projeté d'enfants de 2 à 17 ans exposés à des violences ou des violences sévères	Estimation année antérieure des violences, violences modérées ou sévères % <sup>a</sup>	Nombre projeté d'enfants de 12 à 17 ans exposés à des violences, à des violences modérées ou sévères
Pays en développement	1 730 914 508	59	1 025 119 052	78	1 347 185 177
Pays développés	219 005 067	44	97 052 626	60	131 184 841

<sup>a</sup> Violences = inclut, selon le type de l'étude, l'exposition à un ou plus de : violence physique, violence psychologique, violence sexuelle, menaces, ou être témoin de violences. Les pays en développement de l'ONU incluent les pays les moins développés d'Afrique, d'Asie (sauf le Japon), des Caraïbes, de l'Amérique du Sud, de l'Océanie (sauf Australie et Nouvelle-Zélande), les pays développés incluent l'Amérique du Nord, l'Europe, le Japon, l'Australie, la Nouvelle-Zélande.

enfant et/ou soignant); 4) âge de la population cible (2 à 17 ans); (5) spécification d'estimations par pays ou par zone; et (6) violence signalée pendant un à douze mois avant la mise en œuvre de l'enquête. Pour mener la revue systématique, 2 enquêteurs (SH et HK) ont évalué indépendamment les études par rapport aux critères d'inclusion, et évalué indépendamment leur qualité pour les indicateurs clés, y compris une description claire de l'échantillonnage basé sur la population, l'utilisation de définitions standard des comportements violents, la formation des enquêteurs/administrateurs du questionnaire avant l'implémentation, la présentation des analyses pondérées, avec description indiquant si l'enquête est nationale ou infranationale et le taux de participation (tableau 1). Enfin, les enquêteurs (SH et HK) ont procédé à l'extraction en double des données de prévalence de l'année antérieure par âge,<sup>2-16,18</sup> par pays et par type de violences subies telles que définies par différents enquêteurs, notamment violence physique, violence physique modérée et violence physique grave, violence psychologique, violence psychologique grave, violence sexuelle, menace, et violence dans les contacts physiques (tableau supplémentaire 6, documentation complémentaire). Bien que nous nous soyons intéressées à toutes les formes de violence, qui comprenait un ou plusieurs types de victimisation (physique, sexuelle ou affective) de la part de divers auteurs (personnalités, autorités, pairs, partenaires romantiques ou étrangers) dans divers lieux (domicile, école, ou communauté), seuls VACS et NatSCEV ont fourni de telles mesures.<sup>10,11,19,26-</sup>

<sup>30,38,40,41,44,47</sup> Le MICS inclus toutefois dans « toute violence éducative par ceux qui s'occupent des enfants », l'une ou l'autre de ces catégories de violences : violence physique modérée et/ou violence physique et/ou psychologique sévère. Pour cet article, nous incluons les rapports MICS de « toute violence éducative » dans notre catégorie « toute violence ».<sup>25</sup>

### Synthèse des estimations de l'exposition minimale à la violence dans l'année antérieure

La synthèse finale comprenait des données provenant de 112 études menées dans 96 pays. Nous avons utilisé une approche de type triangulation, qui comprenait une synthèse critique de données pour élaborer des estimations minimales de l'exposition à la violence par régions, à l'aide de moyennes pondérées en fonction des populations.<sup>49-51</sup> La triangulation convient pour comparer, opposer et synthétiser des recherches caractérisées par des méthodologies différentes et par diverses limitations, lorsque le but principal n'est pas d'élucider l'étiologie, mais plutôt de favoriser des actions de santé publique.<sup>49</sup> Bien que des rapports antérieurs aient rassemblé des données sur un type spécifique de violence à partir d'enquêtes standardisées (par exemple, GSHS), notre souhait de générer des estimations de toutes les violences rapportées dans les enquêtes lors de l'année antérieure a rendu la triangulation plus appropriée, en raison des variations dans les méthodes, les définitions, les populations et dans le moment de la collecte des données.<sup>15, 49, 52</sup> En utilisant les types de violences mesurés dans différentes enquêtes,

telles que NatSCEV, MICS, WorldSafe, VACS, GSHS et HBSC (tableau 1), nous avons résumé les prévalences au cours de l'année des violences physiques, des violences physiques graves, des violences sexuelles, des violences psychologiques, des violences psychologique graves, de la victimisation par des menaces, des bagarres et, le cas échéant, de l'exposition à « toute violence ». Quarante-trois pays ont déclaré des expositions à « toute violence » au cours de l'année écoulée. L'étude MICS<sup>33</sup> et l'adaptation de la CST (Canada Conflict Tactics Scale)<sup>1</sup> rapportent des violences physiques modérées et/ou physiques sévères et/ou émotives par 1 type d'auteur sur 1 type de lieu ; Les études VACS<sup>8</sup> font état de violences physiques, émotionnelles et/ou sexuelles menées par plusieurs auteurs dans divers lieux ; NatSCEV<sup>1</sup> fait état de violences physiques et/ou psychologiques, et/ou sexuelles et/ou de menaces et/ou de crimes directs contre des enfants et/ou du fait d'être témoin de violences perpétrées par plusieurs auteurs et lieux.<sup>10,12,19,25-30,38,40, 41,44,47</sup> Bien que NatSCEV inclue à la fois le fait d'être victime ou témoin de violences, nous incluons uniquement les données de victimisation directe. Dans les cas où la même enquête avait été mise en œuvre périodiquement (par exemple, NatSCEV, HBSC), nous avons utilisé la publication la plus récente.<sup>14,47</sup>

Les définitions varient en fonction de la mesure de l'exposition à un type donné de violence. Les définitions varient en particulier selon qu'elles incluent la frappe à mains nues ou la fessée comme une forme de violence. Par exemple, dans WorldSafe, MICS et les adaptations

d'enquête utilisant CTS, les « violences physiques modérées » incluent « gifler, frapper à mains nues, frapper avec un objet, secouer ou fesser »<sup>13,25,29,35,43</sup>; En revanche, NatSCEV et VACS excluent la fessée de leurs mesures.<sup>10,47</sup> À la lumière de ces variations, nous avons effectué notre analyse de base en utilisant la définition classique de la violence physique, qui excluait la fessée, bien qu'ainsi nous excluions d'autres dimensions dans la catégorie modérée pour les violences éducatives, comme gifler et secouer. Ainsi, pour les mesures d'enquête basées sur le fait d'avoir subi des violences domestiques (MICS, WorldSafe et les adaptations d'enquête de CTS), nous avons utilisé les prévalences des violences graves (telles que coups de pied, étouffement, submersion, brûlures, mise à l'échelle, stigmatisation, coups répétés, ou coups avec un objet) dans les analyses de base afin d'éviter l'inclusion de la fessée<sup>13,25,35,39,43</sup> (tableau supplémentaire 6, document complémentaire). Pour l'analyse de sensibilité, nous avons élargi la classification des expositions afin d'inclure les prévalences de violence physique modérée ou de toute violence, la fessée étant un indicateur déterminant (matériel supplémentaire).<sup>13,25</sup> Comme prévu, les prévalences de la violence contre les enfants dans les données de base par pays étaient inférieures à ceux de l'analyse de sensibilité.

#### *Estimation des violences envers les enfants selon les pays.*

Nous avons utilisé les données de prévalence publiées pour générer des estimations spécifiques à chaque pays pour deux groupes d'âge (2-14 ans et 15-17 ans) des prévalences

minimales de violence au cours des 12 derniers mois. Les tranches d'âge et les types de violence signalés variaient d'une enquête à l'autre, la plupart n'en déclarant qu'un ou deux types ; de plus, de nombreuses enquêtes ont uniquement mesuré l'exposition au mois passé. Par conséquent, en raison de limitations en termes de types et de calendrier, nous ne pouvons caractériser la prévalence de la violence de l'année antérieure qu'en termes d'exposition minimale pour les enfants vivant dans l'un des pays pour lesquels des données ont été publiées. Nous avons également exclu les enfants âgés de 0 à 1 ans, car peu de rapports incluent ce groupe.

Pour estimer le nombre minimum d'enfants âgés de 2 à 17 ans exposés à la violence dans chaque pays, nous avons utilisé les données démographiques internationales du Bureau du recensement US de 2014 pour créer deux groupes d'âge de la population à risque: de 2 à 14 ans et de 15 à 17 ans.<sup>53</sup> (Données supplémentaires). Ensuite, tant pour les analyses de base que pour les analyses de sensibilité, pour estimer le nombre d'enfants exposés dans un pays donné, nous avons appliqué la prévalence de violence publiée la plus élevée par groupe d'âge (souvent un seul type pour le scénario de base) à l'âge de référence correspondant de 2014 pour ce pays : soit la population âgée de 2 à 14 ans, soit celle âgée de 15 à 17 ans. Des données ventilées par âge étaient disponibles pour 110 des 112 estimations abstraites de prévalence, soit par le biais de critères d'éligibilité liés à l'âge pour une enquête donnée, soit par le biais de données agrandies pour les enquêtes comprenant des âges compris entre 0 et 17 ans (voir la documentation supplémentaire pour plus de détails). Alors que les rapports mesurant les violences éducatives (par exemple, MICS) four-

nissaient la plupart des estimations spécifiques aux pays pour les âges de 2 à 14 ans, les enquêtes portant sur les adolescents, tels que VACS, GSHS et HBSC, fournissaient la plupart des données relatives à la population âgée de 15 à 17 ans.<sup>10,14,15,25</sup> Pour un pays donné, les estimations de la prévalence peuvent ne concerner que les enfants âgés de 2 à 14 ans, les personnes âgées de 15 à 17 ans, ou les deux (Tableau supplémentaire 7, Matériel supplémentaire).

#### *Estimations régionales des prévalences minimales et projections pour le nombre d'enfants exposés à des violences dans l'année antérieure.*

Pour chaque région, nous avons estimé la prévalence minimale des violences faites aux enfants au cours de l'année précédente à partir de la moyenne pondérée selon les populations des prévalences par pays, puis appliqué les prévalences connues à l'ensemble de la région. Parmi les 96 pays avec des données basées sur la population on en comptait 24 en Afrique, 20 en Asie, 9 en Amérique latine et du Sud, 3 en Amérique du Nord, 38 en Europe et 2 en Océanie. Nous avons calculé les estimations séparément pour les populations de 2 à 14 ans et de 15 à 17 ans, en utilisant les données du Recensement de 2014<sup>53</sup> pour fournir des prévalences minimales de violence chez les enfants par âge (tableau 2 et matériel complémentaire). Ensuite, nous avons utilisé les estimations des prévalences régionales à partir des données abstraites pour établir le nombre minimum total projeté d'enfants exposés à la violence dans la région correspondante, par groupe d'âge. Nous avons ensuite utilisé la somme des

nombres régionaux minimaux d'enfants âgés de 2 à 14 ans et de 15 à 17 ans victimes de violence et la somme des populations régionales correspondantes en 2014 pour l'estimation des prévalences minimales régionales et mondiales et du nombre d'enfants âgés de 2 à 17 ans ayant vécu des violences dans l'année. Enfin, nous avons utilisé une approche similaire pondérée en fonction de la population pour estimer les prévalences minimales des violences exercées contre les enfants au cours de l'année écoulée, sur la base de la classification des Nations Unies des pays développés et en développement. L'utilisation de la triangulation pour synthétiser de manière critique au travers des enquêtes les données sur les violences subies dans l'année écoulée nous a permis de combiner des données sur les enfants vivant dans près de la moitié des pays du monde; ~42% des enfants dans le monde résident dans ces pays.

## RÉSULTATS

### Qualité des enquêtes

La majorité des enquêtes de notre examen étaient de haute qualité (tableau 1). Nous avons confirmé que 100% (112/112) des rapports utilisaient un échantillonnage probabiliste et 100% utilisaient des définitions standard d'expositions à des comportements violents. En outre, 96% (108/112) ont décrit la formation des enquêteurs/administrateurs de questionnaire, 93% (104/112) ont déclaré les résultats de la pondération, 100% ont indiqué si leur enquête était nationale (102) ou internationale (10), et 70% (78/112) ont signalé des taux de participation (fourchette de 39% à 99%). Bien que près de la moitié des pays du monde

aient publié des données basées sur la population concernant au moins un type de violence, cela signifie également que la moitié des pays du monde ne disposent pas de telles données.

### Estimation synthétique

Pour l'analyse de base des prévalences minimales de la violence des années précédentes chez les 2 à 14 ans et les 15 à 17 ans, nous avons constaté que des estimations synthétisées pour les deux groupes d'âge approchaient ou dépassaient 50% pour l'Afrique, l'Asie, l'Amérique du Nord et dépassait 30% pour l'Amérique latine (tableau 2). En Europe, la prévalence des types de violence les plus graves inclus dans le scénario de base avait tendance à être inférieure à celle des autres régions. Nous avons en grande partie calculé ces estimations de base minimales pour les enfants âgés de 2 à 14 ans en utilisant la prévalence la plus élevée rapportée par pays pour un type de violence (par exemple, violence physique grave exercée par les soignants dans la plupart des pays), car la plupart des enquêtes rapportant des expositions à un type de violence pour cet âge incluaient la fessée dans leurs définitions. En revanche, les analyses de sensibilité comprenaient des mesures de prévalence pour toute violence ; synthèse des résultats pour les enfants âgés de 2 à 14 ans: la prévalence minimale de la violence de l'année écoulée était supérieure à 60% en Amérique du Nord, 60% en Amérique latine, 70% en Europe, 80% en Asie et 80% en Afrique (Tableau 3)

Pour le scénario de base, nos estimations pour l'ensemble du groupe des 2 à 17 ans indiquaient qu'au moins 64%

de ces enfants en Asie, 56% en Amérique du Nord, 50% en Afrique, 34% en Amérique latine et 12 % en Europe ont été victimes de violence au cours de l'année écoulée (tableau 4). L'estimation basse pour l'Océanie est liée au fait que des enquêtes représentatives mesurant la prévalence de la violence n'étaient disponibles que pour les 15 à 17 ans. Nous avons donc supposé qu'aucun des 2 à 14 ans n'avait été victime de violence. Une estimation du nombre minimum total d'enfants exposés, qui est fonction à la fois de la prévalence et de la taille de la population à risque en 2014, montre que l'Asie a la prévalence la plus élevée, avec plus de 700 millions d'enfants exposés. L'Afrique suit avec plus de 200 millions d'enfants; Ensuite, l'Amérique latine, l'Amérique du Nord et l'Europe combinées montrent plus de 100 millions d'enfants exposés. Les conclusions synthétisées pour le scénario de base indiquent que, dans le monde, au moins un milliard d'enfants ont été exposés à la violence en 2014 (tableau 4). Pour l'analyse de sensibilité, nous avons constaté qu'au moins 1,4 milliard des près de 2 milliards d'enfants âgés de 2 à 17 ans avaient été victimes de violences physiques, psychologiques et/ou sexuelles au cours de l'année précédente (tableau 4). Bien que les taux de violence soient élevés tant dans le monde en développement que dans le monde développé, le nombre minimum estimé de victimes de violences dans le monde en développement en 2014 dépassait le milliard d'enfants (tableau 5).

## DISCUSSION

Notre revue systématique des études utilisées pour calculer

les estimations minimales de la violence contre les enfants dans l'année antérieure a montré que ces enquêtes étaient de grande qualité.<sup>16</sup> La plupart des enquêtes présentaient les caractéristiques suivantes : échantillonnage probabiliste, définitions standard, formation des enquêteurs/administrateurs du questionnaire, pondération des estimations pour les architectures complexes et portée nationale. Si nous supposons que notre scénario de base combinant des prévalences dans environ la moitié des pays est représentatif des estimations de la prévalence minimale globale pour tous les pays et qu'il peut donc être projeté sur l'ensemble de la population, le nombre d'enfants exposés à la violence au cours de l'année écoulée est supérieur à 1 milliard, soit la moitié des enfants dans le monde. Les estimations par région pour les enfants âgés de 2 à 17 ans indiquent que les prévalences minimales les plus élevées ont été observées dans les régions d'Asie, d'Afrique et d'Amérique du Nord. En raison de la taille de la population asiatique, l'estimation minimale du nombre d'enfants victimes de violence au cours de l'année écoulée était deux fois plus importante que dans les autres régions combinées. Encore plus inquiétantes étaient les conclusions des analyses de sensibilité, qui incluaient les violences physiques modérées et montraient que les trois quarts des enfants dans le monde avaient été victimes de violence l'année précédente. Que ce soit à partir du scénario de base ou de l'analyse de sensibilité, nos résultats appellent une action urgente. Les prévalences des types de violence contre les enfants spécifiques à chaque pays,

telles que celle décrite dans le rapport de l'UNICEF intitulé *Hidden in Plain Sight*, illustrent également le besoin urgent d'intensifier les engagements mondiaux en faveur de la protection des enfants.<sup>45</sup> Dans notre rapport, nous avons synthétisé de manière critique les mesures des violences contre les enfants âgés de 2 à 17 ans qui sont les plus récentes (année écoulée) et les plus graves afin de fournir des estimations régionales et mondiales minimales du poids des violences faites aux enfants en matière de santé publique. Notre intérêt pour le scénario de base en matière de violences graves est lié à l'importance de leurs conséquences pour la santé publique et au fait qu'elles sont associées à une sorte de stress toxique qui endommage l'architecture cérébrale chez les enfants.<sup>3,4,54</sup> D'après nos conclusions, nous estimons que la violence peut menacer le développement optimal du cerveau de plus d'un milliard de cerveaux chaque année. Bien que nous ayons exclu les formes modérées de violence, telles que frapper un enfant sur les fesses ou les extrémités dans l'analyse de base, nous avons inclus ces formes dans l'analyse de sensibilité, car les preuves suggèrent que la fessée doit être considérée comme une forme de violence, viole le droit à la protection, peut être nuisible au développement, et est liée à des troubles ultérieurs du comportement.<sup>55-63</sup> Étant donné que le nouvel agenda des objectifs de développement durable propose de mettre fin à toutes les formes de violence à l'égard des enfants, nos estimations synthétisées aident à rendre compte de l'ampleur de ce problème mondial urgent. Les enquêtes en population sur la violence à l'encontre des

enfants ont pour objectif primordial de piloter des plans d'action nationaux qui catalysent le changement<sup>1</sup>. Plusieurs enquêtes, notamment HBSC et NatSCEV, ont été menées à plusieurs reprises pour surveiller les tendances. Une évaluation des tendances en matière de menaces de 2002 à 2010 en utilisant HBSC, par exemple, ne montre aucun changement dans la plupart des 33 pays, bien que des réductions aient été observées dans un tiers des pays<sup>14</sup>. De même, sur 3 vagues de NatSCEV aux États-Unis, de 2008 à 2014, il n'y a pas eu de réduction globale des violences faites aux enfants au cours de l'année antérieure<sup>47</sup>. Nous avons examiné les limitations qui auraient pu biaiser nos estimations de la violence exercée contre les enfants au cours de l'année antérieure. La principale limite est que nos estimations sous-déclarent les prévalences pour plusieurs raisons. Premièrement, étant donné que peu d'enquêtes couvrent l'ensemble des types, auteurs et lieux de la violence, les estimations de base ont souvent été calculées pour un seul type de violence ; par exemple, les violences éducatives à la maison était le type prédominant signalé chez les 2 à 14 ans, et il s'agissait soit de menaces, de bagarres ou d'expositions multiples (à partir de VACS) pour les 15 à 17 ans. Cependant, pour les analyses de sensibilité, près de la moitié (n = 43) des pays disposaient de données sur l'exposition à de multiples types de violence. Nous avons également sous-estimé les prévalences en supposant qu'aucun des enfants âgés de 2 à 14 ans en Océanie n'était exposé, car aucune donnée n'était disponible pour ce groupe d'âge. Nous avons également supposé, faute de données, qu'aucun enfant de moins de 2 ans n'avait été exposé. Il est également possible que le biais de sélection ait pu influencer sur nos estimations régionales, si les prévalences minimales de

violence diffèrent entre les pays selon que des estimations sont publiées ou non, ou si, dans les cas où on ne dispose que d'estimations infranationales, celles-ci diffèrent des estimations nationales. Il peut également y avoir un biais différentiel entre les régions en fonction des variations dans la répartition par âge, les types de violence signalés et la proportion de la population vivant dans des pays sans estimations. Enfin, nous pensons qu'il est peu probable que nos conclusions soient biaisées de manière significative par notre hypothèse selon laquelle les prévalences de la violence étaient stables pendant la période allant de leur publication à 2014, année de l'estimation de la population à risque. Pour plus de 90% de nos estimations, ce délai était de 1 à 5 ans. Un rapport récent montre que les tendances en matière de maltraitance des enfants dans 6 pays sont restées inchangées entre le milieu des années 1970 et 2010<sup>64</sup>; ainsi, il peut être raisonnable de supposer que les taux de violence sont relativement constants dans le temps.

Tout comme la reconnaissance mondiale de l'ampleur endémique de la violence à l'encontre des enfants a progressé au cours de la dernière décennie, les preuves de toutes origines démontrant que cette violence est en grande partie évitable ont progressé<sup>1,65,66</sup>. Les preuves disponibles démontrent que les interventions visant à lutter contre la violence à l'encontre des enfants devraient croiser les couches du modèle socio-écologique, en incluant l'enfant, la famille, la communauté et la société.<sup>1,67</sup> Pour un impact optimal, ces politiques et programmes devront être multisectoriels et s'étendre aux secteurs de la santé, des services sociaux, de l'éducation et de la justice.<sup>1</sup> Aux États-Unis par exemple, bien que NatSCEV ne montre pas de réduction globale des

tendances récentes en matière de violences directes faites aux enfants, les données administratives fournies par les organismes de protection de l'enfance font apparaître une baisse de 40% des cas avérés de violences sexuelles perpétrées entre 1990 et 2000; cette baisse peut être liée à l'interaction des programmes et des politiques mis en œuvre dans tous les secteurs<sup>68</sup>. L'intégration de plusieurs approches multisectorielles devrait accélérer les progrès et engager les gouvernements, les entreprises, les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile dans l'objectif de prendre soin des enfants du monde.

L'Organisation mondiale de la santé, en collaboration avec l'UNICEF, l'ONU DC, le PEPFAR, l'USAID, la Banque mondiale, le Département d'État américain, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies et Together for girls, dirige actuellement l'élaboration d'un ensemble unifié de ces 7 bases factuelles pour prévenir la violence à l'encontre des enfants : enseigner des compétences parentales positives, aider les enfants à développer des compétences socio-émotionnelles et à rester à l'école, améliorer l'accès à la santé, à la protection et aux services de soutien, mettre en œuvre et appliquer des lois qui protègent tous les enfants, valoriser les normes sociales protégeant les enfants, améliorer les conditions économiques des familles, en maintenant des environnements sûrs pour les enfants. Ces stratégies sont en grande partie conçues comme une adaptation du paquet de base CDC THRIVES et des recommandations similaires de l'OMS, de l'UNICEF, du PEPFAR et de l'USAID<sup>65-67,69-90</sup>.

## CONCLUSIONS

Nos conclusions, fondées sur des données basées sur la

population d'environ la moitié des pays du monde, montrent: que plus d'un milliard d'enfants âgés de 2 à 17 ans ont été victimes de violence au cours de l'année antérieure. Ces données démontrent la nécessité urgente d'adopter, d'étendre et de maintenir à plus grande échelle des interventions fondées sur des données factuelles afin de réduire le fardeau de la violence à l'égard des enfants.<sup>89</sup> Une surveillance accrue des types, des lieux et des auteurs de violence à l'encontre des enfants, ainsi que l'accès aux interventions de prévention, est essentielle pour cibler la prévention, surveiller les progrès et diriger l'action urgente inscrite dans l'agenda de développement durable 2030.<sup>2</sup> Le temps est venu, pour le nouveau Partenariat mondial pour l'élimination de la violence à l'égard des enfants, de catalyser les investissements des parties prenantes dans des solutions qui s'étendent à un milliard d'enfants.<sup>2,91-93</sup>

## ABRÉVIATIONS

CTS: Conflict Tactics Scale —  
GSHS: Global School Health Surveys [Études globales de santé à l'école]  
HBSC: Health Behavior in School-aged Children Surveys [Comportements chez les enfants d'âge scolaire]  
MICS: Multiple Indicator Surveys [Études sur indicateurs multiples]  
NatSCEV: National Survey of Children's Exposure to Violence [Étude nationale des enfants exposés à la violence]  
SDG: sustainable development goals [Buts en matière de développement durable]. UN: United Nations [Nations-Unies]  
VACS: Violence Against Children Surveys [Données sur les violences contre les enfants]

Les conclusions de cet article sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement la position officielle du Centre pour le contrôle et la prévention des maladies.

DOI: 10.1542/peds.2015-4079

Accepté pour publication le 7 Décembre 2015

Adresse de correspondance : Susan Hillis, PhD, MSN, CAPT, U.S. Public Health Service, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention,

1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333. — E-mail: shillis@cdc.gov

PEDIATRICS (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275).

Copyright © 2016 by the American Academy of Pediatrics

Déclaration de situation financière : les auteurs ont indiqué qu'ils n'ont aucun lie, financier à déclarer concernant cet article.

**Financement** : aucun financement externe

**Conflit d'intérêt potentiel** : les auteurs ont indiqué qu'ils n'ont pas de conflit d'intérêt potentiel à déclarer.

## RÉFÉRENCES

1. World Health Organization, *United Nations. Global Status Report on Violence Prevention 2014*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2014
2. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations General Assembly; Seventieth Session. September 18, 2015; New York, NY
3. Felitti VJR, Anda R, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–258
4. Anda RF, Butchart A, Felitti VJ, Brown DW. Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *Am J Prev Med*. 2010;39(1):93–98
5. Norton R, Kobusingye O. Injuries. *N Engl J Med*. 2013;368(18):1723–1730
6. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*. 2000;106(1). Available at: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/1/e11](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/1/e11)
7. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav*. 2012;106(1):29–39
8. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 2011;16(2):79–101
9. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Alink LRA. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *Int J Psychol*. 2013;48(2):81–94
10. The Ministry of Gender, Children, Disability and Social Welfare, Republic of Malawi. Report: *Violence Against Children and Young Women in Malawi: Findings From a National Survey 2013*. Lilongwe, Malawi: Republic of Malawi; 2014. Available at: [www.unicef.org/malawi/MLW\\_resources\\_violencereport.pdf](http://www.unicef.org/malawi/MLW_resources_violencereport.pdf)
11. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Violence, abuse, and Downloaded from [www.aappublications.org/news](http://www.aappublications.org/news) by guest on October 21, 2018 *Pediatrics*. Volume 137, number 3, March 2016 crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*. 2009;124(5):1411–1423
12. Akmatov MK. Child abuse in 28 developing and transitional countries— results from the Multiple Indicator Cluster Surveys. *Int J Epidemiol*. 2011;40(1):219–227
13. Runyan DK, Shankar V, Hassan F, et al. International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*. 2010;126(3). Available at: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/126/3/e701](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/126/3/e701)
14. Chester KL, Callaghan M, Cosma A, et al. Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015;25(suppl 2):61–64
15. Brown DW, Riley L, Butchart A, Meddings DR, Kann L, Harvey AP. Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviors in African children: results from the Global School-based Student Health Survey. *Bull World Health Organ*. 2009;87(6):447–455
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535
17. United Nations Children's Fund Swaziland Country Office. 2012. *Swaziland's Response to Violence Against Children*. Available at: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/vacs/publications.html>
18. Abdirahman H, Fleming LC, Jacobsen KH. Parental involvement and bullying among middle-school students in North Africa. *East Mediterr Health J*. 2013;19(3):227–233
19. National Population Commission of Nigeria, UNICEF Nigeria, and the US Centers for Disease Control and Prevention. *Violence Against Children in Nigeria: Findings From a National Survey 2014*, Summary Report. Abuja, Nigeria: UNICEF; 2015. Available at: [www.togetherforgirls.org/wp-content/uploads/SUMMARY-REPORT-Nigeria-Violence-Against-Children-Survey.pdf](http://www.togetherforgirls.org/wp-content/uploads/SUMMARY-REPORT-Nigeria-Violence-Against-Children-Survey.pdf)

20. Brown DW, Riley L, Butchart A, Kann L. Bullying among youth from eight African countries and associations with adverse health behaviors. *Ped Health*. 2008;2(3):289–299
21. Fleming LC, Jacobsen KH. Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health Promot Int*. 2010;25(1):73–84
22. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001;285(16):2094–2100
23. Rudatsikira E, Mataya RH, Siziya S, Muula AS. Association between bullying victimization and physical fighting among Filipino adolescents: results from the Global School-Based Health Survey. *Indian J Pediatr*. 2008;75(12):1243–1247
24. Shaikh MA. Bullying victimization among school-attending adolescents in Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2013;63(9):1202–1203
25. UNICEF. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence From a Range of Low and Middle-Income Countries*. New York, NY: UNICEF; 2010
26. Protect Our Children Cambodia. Findings From Cambodia's Violence Against Children Survey 2013. Phnom Penh, Cambodia: UNICEF; 2014. Available at: [www.unicef.org/cambodia/UNICEF\\_VAC\\_Full\\_Report\\_English.pdf](http://www.unicef.org/cambodia/UNICEF_VAC_Full_Report_English.pdf)
27. Centers for Disease Control and Interuniversity Institute for Research and Development, Comité de Coordination. Violence Against Children in Haiti: Findings From a National Survey 2012. Port-au-Prince, Haiti: Centers for Disease Control and Prevention 2013
28. United Nations Children's Fund Kenya Country Office, US Centers for Disease Control and Prevention and the Kenya National Bureau of Statistics. Violence Against Children in Kenya: Findings From a National Survey, 2010. Nairobi, Kenya: United Nations Children's Fund Kenya Country Office; 2012
29. United Nations Children's Fund, US Centers for Disease Control and Prevention and the Muhimbili University of Health and Allied Science. Violence Against Children in Tanzania: Findings From a National Survey 2009. Dar es Salaam, United Republic of Tanzania: UNICEF; 2012
30. Zimbabwe National Statistics Agency, UNICEF, Centers for Disease Control and Prevention, and Collaborating Centre for Operational Research and Evaluation. National Baseline Survey on Life Experiences of Adolescents, 2011. Harare, Zimbabwe: Zimbabwe National Statistics Agency; 2013. Available at: [www.unicef.org/zimbabwe/UNICEF\\_NBSLEA-Report-23-10-13.pdf](http://www.unicef.org/zimbabwe/UNICEF_NBSLEA-Report-23-10-13.pdf)
31. Reza A, Breiding MJ, Gulaid J, et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet*. 2009;373(9679):1966–1972
32. Currie C, Zanotti C, Morgan A, et al, eds. *Social Determinants of Health and Well-Being Among Young People. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Study: International Report From the 2009/2010 Survey (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6)*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012
33. Delfabbro P, Winefield T, Trainor S, et al. Peer and teacher bullying/victimization of South Australian secondary school students: prevalence and psychosocial profiles. *Br J Educ Psychol*. 2006;76(pt 1):71–90
34. Marsh L, McGee R, Nada-Raja S, Williams S. Brief report: Text bullying and traditional bullying among New Zealand secondary school students. *J Adolesc*. 2010;33(1):237–240
35. Bardi M, Borgognini-Tarli SM. A survey on parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse Negl*. 2001;25(6):839–853
36. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance—United States, 2013 [published correction appears in *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(26):576]. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(suppl 4):1–168
37. Clément ME, Chamberland C. Physical violence and psychological aggression towards children: five-year trends in practices and attitudes from two 11 Downloaded from [www.aappublications.org/news](http://www.aappublications.org/news) by guest on October 21, 2018 HILLIS et al population surveys. *Child Abuse Negl*. 2007;31(9):1001–1011
38. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat*. 2005;10(1):5–25
39. Clément ME, Bouchard C. Predicting the use of single versus multiple types of violence towards children in a representative sample of Quebec families. *Child Abuse Negl*. 2005;29(10):1121–1139
40. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatr*. 2013;167(7):614–621
41. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. Trends in children's exposure to violence, 2003 to 2011. *JAMA Pediatr*. 2014;168(6):540–546
42. Perlus JG, Brooks-Russell A, Wang J, Iannotti RJ. Trends in bullying, physical fighting, and weapon carrying among 6th- through 10th-grade students from 1998 to 2010: findings from a national study. *Am J Public Health*. 2014;104(6):1100–1106
43. Peltonen K, Ellonen N, Pösö T, Lucas S. Mothers' self-reported violence toward their children: a

- multifaceted risk analysis. *Child Abuse Negl.* 2014;38(12):1923–1933
44. Sumner SA, Mercy AA, Saul J, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of sexual violence against children and use of social services - seven countries, 2007- 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(21):565–569
45. United Nations Children’s Fund. Hidden in Plain Sight. New York, NY: UNICEF; 2015
46. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Physical dating violence among high school students—United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2006;55(19):532–535
47. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth: an update [published erratum appears in *JAMA Pediatr.* 2015;168(3):286]. *JAMA Pediatr.* 2013;167(7):614–621
48. de Oliveira WA, Silva MA, de Mello FC, Porto DL, Yoshinaga AC, Malta DC. The causes of bullying: results from the National Survey of School Health (PeNSE). *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(2):275–282
49. Rutherford GW, McFarland W, Spindler H, et al. Public health triangulation: approach and application to synthesizing data to understand national and local HIV epidemics. *BMC Public Health.* 2010;10:447
50. Rehm J, Rehn N, Room R, et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *Eur Addict Res.* 2003;9(4): 147–156
51. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol.* 2006;6:35
52. Iachan R, Schulman J, Powell-Griner E, Nelson DE, Mariolis P, Stanwyck C. Pooling state survey health data for national estimates: The CDC behavioral risk factor surveillance system, 1995. In: Cynamon ML, Kulka RA, eds. Seventh Congress on Survey Research Methods. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services; 2001:221–226 (Publication No. PHS 01-1013). Available at: [https:// www. amstat. org/ sections/ srms/ Proceedings/ papers/ 1999\\_ 124. pdf](https://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/papers/1999_124.pdf)
53. United States Census Bureau International Data Base. Available at: [https:// www. census. gov/ population/ international/ data/ idb/ informationGateway. php](https://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php). Accessed November 30, 2015
54. Stein A, Desmond C, Garbarino J, et al. Predicting long-term outcomes for children affected by HIV and AIDS: perspectives from the scientific study of children’s development. *AIDS.* 2014;28(suppl 3):S261–S268
55. McCormick KF. Attitudes of primary care physicians toward corporal punishment. *JAMA.* 1992;267(23):3161–3165
56. Tirosh E, Offer Shechter S, Cohen A, Jaffe M. Attitudes towards corporal punishment and reporting of abuse. *Child Abuse Negl.* 2003;27(8): 929–937
57. MacKenzie MJ, Nicklas E, Waldfogel J, Brooks-Gunn J. Spanking and child development across the first decade of life. *Pediatrics.* 2013;132(5). Available at: [www. pediatrics. org/ cgi/ content/ full/ 132/5/e1118](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/132/5/e1118)
58. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al World report on violence and health. 2002 Available at: [http:// www. who. int/ violence\\_ injury\\_ prevention/ violence/ world\\_ report/ en/ introduction. pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf). Accessed July 6, 2015
59. Jud N, Trocmé A. Physical abuse and physical punishment in Canada. Available at: [http://cwrp. ca/ infosheets/ physical- abuse- and- physicalpunishment- canada](http://cwrp.ca/infosheets/physical-abuse-and-physicalpunishment-canada). Accessed August 6, 2015
60. Hecker T, Hermenau K, Isele D, Elbert T. Corporal punishment and children’s externalizing problems: a crosssectional study of Tanzanian primary school aged children. *Child Abuse Negl.* 2013;38(5):884–892
61. MacKenzie MJ, Nicklas E, Brooks-Gunn J, Waldfogel J. Spanking and children’s externalizing behavior across the first decade of life: evidence for transactional processes. *J Youth Adolesc.* 2015;44(3):658–669
62. Coley RL, Kull MA, Carrano J. Parental endorsement of spanking and children’s internalizing and externalizing problems in African American and Hispanic families. *J Fam Psychol.* 2014;28(1): 22–31
63. Jud A, Fluke J, Alink LR, et al. On the nature and scope of reported child maltreatment in high-income countries: opportunities for improving the evidence base. *Paediatr Int Child Health.* 2013;33(4): 207–215
64. Fluke JD, Goldman PS, Shriberg J, et al. Systems, strategies, and interventions for sustainable long-term care and protection of children with a history of living outside of family care. *Child Abuse Negl.* 2012;36(10):722–731
65. UNICEF. *Ending Violence Against Children: Six Strategies for Action.* New York, NY: UNICEF; 2014
66. Hillis SD, Mercy JA, Saul J, Gleckel J, Abad N, Kress H. THRIVES: A Global Technical Package to Prevent Violence Against Children. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2015
67. The U.S. President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). Guidance for Orphans and Vulnerable Children Programming. Washington, DC: US State Department; 2012. Available at: [www. pepfar. gov/ documents/ organization/ 195702. pdf](http://www.pepfar.gov/documents/organization/195702.pdf)
68. Finkelhor D, Jones L. Why have child maltreatment and child

- victimization declined? *J Soc Issues*. 2006;62 (4):685–716
69. Bass JK, Annan J, Mclvor Murray S, et al. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *N Engl J Med*. 2013;368(23):2182–2191
70. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, et al; Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2008;35(3):287–313
71. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013;158(6):478–486
72. Knox M, Burkhart K. A multi-site study of the ACT Raising Safe Kids program: predictors of outcomes and attrition. *Child Youth Serv Rev*. 2014;39:20–24
73. CPC Livelihoods and Economic Strengthening Task Force. The Impacts of Economic Strengthening Programs on Children. New York, NY: Columbia University; 2011. Available at: [https://toolkit.ineesite.org/resources/ineecms/uploads/1440/The\\_Livelihoods\\_and\\_Economic\\_Strengthening\\_Task\\_Force\\_2011\\_The\\_impacts\\_of\\_economic\\_strengthening.pdf](https://toolkit.ineesite.org/resources/ineecms/uploads/1440/The_Livelihoods_and_Economic_Strengthening_Task_Force_2011_The_impacts_of_economic_strengthening.pdf) Accessed August 1, 2015.
74. Gupta J, Falb KL, Lehmann H, et al. Gender norms and economic empowerment intervention to reduce intimate partner violence against women in rural Côte d'Ivoire: a randomized controlled pilot study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2013;13:46
75. Hahn R, Fuqua-Whitley D, Wethington H, et al; Task Force on Community Preventive Services. Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2007;33(suppl 2):S114–S129
76. Sarnquist C, Omondi B, Sinclair J, et al. Rape prevention through empowerment of adolescent girls. *Pediatrics*. 2014;133(5). Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/133/5/e1226.full>
77. Foshee VA, McNaughton Reyes HL, Ennett ST, Cance JD, Bauman KE, Bowling JM. Assessing the effects of Families for Safe Dates, a family-based teen dating abuse prevention program. *J Adolesc Health*. 2012;51(4):349–356
78. Abramsky T, Devries K, Kiss L, et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Med*. 2014;12:122
79. Banyard VL, Moynihan MM, Plante EG. Sexual violence prevention through bystander education: an experimental evaluation. *J Community Psychol*. 2007;35 (4): 463–481
80. Coker AL, Cook-Craig PG, Williams CM, et al. Evaluation of Green Dot: an active bystander intervention to reduce sexual violence on college campuses. *Violence Against Women*. 2011;17(6): 777–796
81. PROMUNDO. Engaging Men to Prevent Gender-Based Violence: A Multi-Country Intervention and Impact Evaluation Study. Washington, DC: Promundo; 2012
82. Bussman KD, Erthal C, Schroth A. Effects of banning corporal punishment in Europe: a five-nation comparison. In: Durrant JE, Smith AB, eds. *Global Pathways to Abolishing Physical Punishment*. New York, NY: Routledge; 2011
83. Lansford JE, Deater-Deckard K. Childrearing discipline and violence in developing countries. *Child Dev*. 2012;83(1):62–75
84. Österman K, Björkqvist K, Wahlbeck K. Twenty-eight years after the complete ban on the physical punishment of children in Finland: trends and psychosocial concomitants. *Aggress Behav*. 2014;40(6):568–581
85. Roberts JV. Changing public attitudes towards corporal punishment: the effects of statutory reform in Sweden. *Child Abuse Negl*. 2000;24(8):1027–1035
86. Sariola H. *Attitudes Towards Corporal Punishment of Children in Finland*. Finland: Finnish Social Science Data Archive; 2012
87. Frieden TR. Six components necessary for effective public health program implementation. *Am J Public Health*. 2014;104(1):17–22
88. Betancourt TS, Fawzi MK, Bruderlein C, Desmond C, Kim JY. Children affected by HIV/AIDS: SAFE, a model for promoting their security, health, and development. *Psychol Health Med*. 2010;15(3):243–265
89. Consultative Group on Early Childhood Care and Development. The essential package: holistically addressing the needs of young vulnerable children and their caregivers affected by HIV/ AIDS. Available at: [www.ecdgroup.com/pdfs/EPBrochure%20Final.pdf](http://www.ecdgroup.com/pdfs/EPBrochure%20Final.pdf). Accessed June 2012
90. Mercy JA, Hillis S, Butchart A, et al. Interpersonal violence: global burden and paths to prevention. In: Disease Control Priorities in Developing Countries. 3rd ed. 2015
91. Duff JF, Buckingham WW III. Strengthening of partnerships between the public sector and faith-based groups. *Lancet*. 2015;386(10005):1786–1794
92. The Mother and Child Project. In: Gates M, Warren K, eds. *Raising Our Voices for Health and Hope*. Grand Rapids, MI: Zondervon; 2015
93. Jamison D, Gelband S, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Nugent R, eds. *End Violence: A Global Partnership to End Violence Against Children*. Oxford: Oxford University Press; 2016 In press