

EDITORIAL

Intimate partner violence: A global challenge to sustainable development

DOI: 10.29063/ajrh2021/v25i4.1

Lorretta FC Ntoimo¹, Karl E. Eimuhi², Akhere Omonkhua³ and Friday E. Okonofua⁴

Social Science Editor¹, Managing Editor², Science Editor³, and Editor-in-Chief⁴, African Journal of Reproductive Health

***For Correspondence:** Email: lorretta.ntoimo@fuoye.edu.ng

Gender-based violence (GBV) remains one of the most critical unmet challenges relating to sexual and reproductive health and rights in the world. Although men experience GBV, it is disproportionately more prevalent among women, especially with respect to intimate partner violence (IPV). The Center for Disease Control (CDC) defined IPV as “physical violence, sexual violence, stalking or psychological harm by a current or former partner or spouse”¹. Many publications document the high prevalence of IPV against women²⁻⁵. Several international agreements and commitments that address the prevention and mitigation of IPV have been put in place over the past decades. These include the Istanbul convention, the United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, and the declaration on the elimination of violence against women^{4,6-9}. Despite these global commitments, and the remarkable improvements in women’s empowerment indicators such as school enrolment, representation in parliaments, and labour force participation, IPV remains a challenge in many countries. One in three women in the world has ever experienced physical/or sexual violence by an intimate partner⁹. The global average of 1 in 3 conceals a wide variation across countries in women’s experience of IPV which ranges from as low as 6% in Singapore, Georgia, and Comoros to a high of 68% in Kiribati³.

The global prevalence of IPV has remained between 30% to 35% from 2005 to 2019, and regional and country-level prevalence is either increasing, stalled, or slightly decreased within the same period^{3,4,9,10}. The proportion of women who experience IPV is far higher than non-partner physical/or sexual violence which ranges from 1-19% in 2005-2019 except in Jamaica (23%), Mexico (38.8%), Vanuatu (33%), and Nauru (47.3%)³. The continuing prevalence of IPV worldwide remains a critical challenge in development, with its prevention now a major component of the Sustainable Development Goals (SDGs). It is an indication that advancement in human development across countries is taking place without impacting positively on norms and behaviours that sustains the empowerment of women.

In Norway, which ranks first in the 2020 human development index, 27% of the country’s population of females aged 15 and older experienced physical/or sexual violence from an intimate partner between 2005 and 2019. The experience of IPV by women aged 15 and over in other high income countries ranged from 6% in Singapore and Georgia to 38% in Turkey. In higher income African countries, available data indicate a prevalence of IPV of 21.3% in South Africa and 48.6% in Gabon. In sub-Saharan African countries, 31% of women aged 15 and older experienced IPV during the same period with a variation that ranged from 11.5% in Burkina Faso to 56.9% in Equatorial Guinea.

Clearly, the persistently high prevalence of IPV across the globe poses a challenge to sustainable development. One would think that IPV would decrease with age, but evidence shows that even in old age, women still experience IPV^{4,11}. It would be impossible to achieve the global development milestones as long as women are still subjected to physical/or sexual violence by their intimate partners. IPV is grossly under-reported in many countries due to the attitude of law enforcement agents, fear of reprisal by the partner and his family, fear of discrimination, among others^{12,13}. This suggests that the actual prevalence of IPV is likely to be much higher than what is reported. The prevalence may keep increasing as a result of the adverse economic fallouts of the COVID-19 pandemic, natural disasters, conflicts, and political agitations across the globe, and other events that increase women and girls’ vulnerability and exposure to the risk of GBV.

The adverse effects of IPV are well documented⁴. It increases women and girls’ vulnerability, particularly where early marriage and conflicts are prevalent. The sexual and reproductive health consequences of IPV are also enormous^{14,15}. Among others, they include adolescent pregnancy, unintended pregnancy, miscarriage, stillbirth, intrauterine haemorrhage, sexually transmitted infections including HIV, induced abortion, low birth weight, and preterm birth. Other health-related effects include nutritional deficiency, abdominal pain, and other

gastrointestinal problems, neurological disorders, chronic pain, disability, anxiety and post-traumatic stress disorder, depression, suicide, and non-communicable diseases such as hypertension, cancer, and cardiovascular diseases⁴. Also, the economic implications in terms of loss to the GDP, and cost to victims have been reported^{10,16}. A lifetime economic burden of about USD 3.6 trillion was reported in the USA¹⁷.

IPV is an aspect of violence against women that must be addressed more seriously as the world strives to achieve better lives for everyone. The usual strategies of reducing the risk of GBV through addressing systemic and gender inequalities, and women's empowerment may reduce non-intimate partner violence against women in the public sphere, but hardly have any effect on IPV. This is because IPV is perpetrated at home in heterosexual relationships. It thrives under the cover of patriarchy which promotes inequality in power relations in marital unions¹⁸. Multi-dimensional interventions that incorporate psychological, sociological, public health, and human rights approaches are needed to target behavior change in male intimate partners. In particular, behaviours that promote male violence against an intimate partner such as excessive euphoria and elevated anger by male fans in male-dominated sports such as football and basketball, excessive alcohol intake, consumption, and reliance on hard drugs, must be more seriously checked through appropriate legislation and sanctions. A larger proportion of hard drug users and tobacco smokers are men¹⁹. Family characteristics such as higher-order union increase the likelihood of depression and stress, and indulgence in smoking and alcohol are common coping strategies against stress and depression for men²⁰⁻²⁴. More studies on the characteristics of male perpetrators of IPV that focus on lifestyles and emotional factors that promote IPV are needed. Also, more accurate, reliable, and regular data is increasingly necessary if IPV must be tackled more productively.

In conclusion, if the world must witness a substantial decline in gender-based violence, the lens must be turned to what happens in the private sphere of intimate heterosexual unions where a large proportion of violence against women takes place. Existing laws and policies against violence in intimate unions must be widely publicized and enforced. Where no laws exist, urgent legislative action is needed to criminalize IPV. Women, in particular, should be provided safe channels to report IPV.

Conflict of interest None.

References

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Intimate Partner Violence [Violence Prevention|Injury Center|CDC. Published 2021. Accessed August 22, 2021. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html>
- Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A and Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PloS one*. 2011;6(3):e17591.
- UNDP. *Human Development Report*. United Nations Development Programme; 2020.
- World Health Organization. *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. World Health Organization; 2013.
- Ou C-Y, Yasmin M, Ussatayeva G, Lee M-S and Dalal K. Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women in Republic of Benin. *African Journal of Reproductive Health*. 2021;25(4). doi:10.29063/ajrh2020/v25i4.6
- Convention on Preventing and Combating Violence Against Women and Domestic Violence.; 2011. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168008482e>
- United Nations. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*.; 1981.
- United Nations. *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. General Assembly; 1993.
- World Bank. *Gender-Based Violence: Violence against Women and Girls*.; 2019. <https://www.worldbank.org/en/topic/socialdevelopment/brief/violence-against-women-and-girls>
- UNDP. *Human Development Report 2015*. United Nations Development Programme; 2015.
- Pathak N, Dhairyan R and Tariq S. The experience of intimate partner violence among older women: A narrative review. *Maturitas*. 2019;121:63-75.
- Lelaurain S, Graziani P and Monaco GL. Intimate partner violence and help-seeking. *European Psychologist*. 2017;22(4):263-281. doi:European Psychologist (2017), 22(4)<https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000304>
- Vranda MN, Kumar CN, Muralidhar D, Janardhana N and Sivakumar P. Barriers to disclosure of intimate partner violence among female patients availing services at tertiary care psychiatric hospitals: a qualitative study. *Journal of neurosciences in rural practice*. 2018;9(03):326-330.
- Beyene AS, Chojenta CL and Loxton DJ. Consequences of gender-based violence on female high school students in eastern Ethiopia. *African Journal of Reproductive Health*. 2021;25(4). doi:10.29063/ajrh2020/v25i4.3
- Manuh T and Biney AAE. Exploring intersections between gender-based violence and adolescent sexual and reproductive health and rights in the ECOWAS member states: A review of the literature produced in the sub-region. *African Journal of Reproductive Health*. 2021;25(4). doi:10.29063/ajrh2020/v25i4.13
- King K, Murray CE, Crowe A, Hunnicutt G, Lundgren K and Olson L. The costs of recovery: Intimate partner violence survivors' experiences of financial recovery from abuse. *The Family Journal*. 2017;25(3):230-238.
- Peterson C, Kearns MC, McIntosh WL, Estefan LF, Nicolaidis C, McCollister KE, Gordon A and Florence C. Lifetime economic burden of intimate partner violence among US

- adults. *American journal of preventive medicine*. 2018;55(4):433-444.
18. Walby S. Theorising patriarchy. *Sociology*. 1989;23(2):213-234.
 19. Brathwaite R, Addo J, Smeeth L, Lock K. A systematic review of tobacco smoking prevalence and description of tobacco control strategies in Sub-Saharan African countries; 2007 to 2014. *PloS one*. 2015;10(7):e0132401.
 20. Amato PR. The Consequences of Divorce for Adults and Children. *Journal of Marriage & Family*. 2000;62(4):1269-1287. Accessed May 15, 2014. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=3772498&site=ehost-live>
 21. McDonough P, Walters V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social science & medicine*. 2001;52(4):547-559.
 22. Ntoimo LFC, Odimegwu CO and Alex-Ojei CA. Tobacco Use Among Men in sub-Saharan Africa: Does Family structure Matter? In: *J. Anson et al. (Eds.), Studies in the Sociology of Population*. Springer Nature; 2019:343-361.
 23. Schmeer KK and Kroeger RA. Union type and depressive symptoms among Mexican adults. *Journal of family issues*. 2011;32(12):1597-1621. doi:10.1177/0192513X11409310
 24. Williams DR. The health of men: structured inequalities and opportunities. *American Journal of Public Health*. 2003;93(5):724-731.

Violence entre partenaires intimes: un défi mondial pour le développement durable

DOI: 10.29063/ajrh2021/v25i4.1

Lorretta FC Ntoimo¹, Karl E. Eimuhi², Akhere Omonkhua³ et Friday E. Okonofua⁴

Rédacteur en sciences sociales¹, Rédacteurs en chef², Rédacteurs scientifiques³ et rédacteur en chef⁴, African Journal of Reproductive Health

***Pour la Correspondance:** Courriel: lorretta.ntoimo@fuoye.edu.ng

La violence basée sur le genre (VBG) reste l'un des défis non relevés les plus critiques liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans le monde. Bien que les hommes soient victimes de violence sexiste, elle est disproportionnellement plus répandue chez les femmes, en particulier en ce qui concerne la violence entre partenaires intimes (VPI). Le Center for Disease Control (CDC) a défini la VPI comme " la violence physique, la violence sexuelle, le harcèlement criminel ou les préjudices psychologiques commis par un partenaire ou conjoint actuel ou ancien"¹. De nombreuses publications documentent la forte prévalence de la VPI contre les femmes²⁻⁵. Plusieurs accords et engagements internationaux portant sur la prévention et l'atténuation de la VPI ont été mis en place au cours des dernières décennies. Il s'agit notamment de la convention d'Istanbul, de la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et de la déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes^{4,6-9}. Malgré ces engagements mondiaux et les améliorations remarquables des indicateurs d'autonomisation des femmes tels que la scolarisation, la représentation au parlement et la participation au marché du travail, la VPI reste un défi dans de nombreux pays. Une femme sur trois dans le monde a déjà subi des violences physiques/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime⁹. La moyenne mondiale de 1 sur 3 cache une grande variation d'un pays à l'autre dans l'expérience des femmes en matière de violence conjugale, allant de 6 % à Singapour, en Géorgie et Comores à 68% à Kiribati³.

La prévalence mondiale de la VPI est restée entre 30 % et 35 % de 2005 à 2019, et la prévalence régionale et nationale est soit en augmentation, soit au point mort, soit légèrement en baisse au cours de la même période^{3,4,9,10}. La proportion de femmes ayant subi des violences conjugales est bien plus élevée que la violence physique/ou sexuelle sans partenaire qui varie de 1 à 19 % en 2005-2019 sauf en Jamaïque (23 %), au

Mexique (38,8 %), au Vanuatu (33 %), et Nauru (47,3 %)³. La prévalence continue de la VPI dans le monde reste un défi non relevé en matière de développement social, sa prévention étant désormais une composante majeure des Objectifs de développement durable (ODD). C'est une indication que l'avancement du développement humain à travers les pays a lieu sans impact positif sur les normes et les comportements qui soutiennent la VPI contre les femmes. En Norvège, qui occupe la première place dans l'indice de développement humain 2020, 27% de la population du pays de femmes âgées de 15 ans et plus a subi des violences physiques/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime entre 2005 et 2019. L'expérience de la violence conjugale chez les femmes de 15 ans et plus dans d'autres pays à revenu élevé variait de 6 % à Singapour et en Géorgie à 38 % en Turquie. Dans les pays africains à revenu élevé, les données disponibles indiquent que la prévalence de la VPI était de 21,3 % en Afrique du Sud et de 48,6 % au Gabon. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, 31 % des femmes âgées de 15 ans et plus ont subi une VPI au cours de la même période, avec une variation allant de 11,5 % au Burkina Faso à 56,9 % en Guinée équatoriale. De toute évidence, la prévalence élevée et persistante de la violence conjugale dans le monde constitue un défi pour le développement durable. On pourrait penser que la VPI diminuerait avec l'âge, mais les preuves montrent que même à un âge avancé, les femmes subissent toujours la VPI^{4,11}. Il serait impossible d'atteindre les jalons du développement mondial tant que les femmes sont encore soumises à des violences physiques/ou sexuelles de la part de leurs partenaires intimes. La violence conjugale est largement sous-déclarée dans de nombreux pays en raison de l'attitude des agents de la force publique, de la peur des représailles du partenaire et de sa famille, de la peur de la discrimination, entre autres^{12,13}. Cela suggère que la prévalence réelle de la VPI est probablement beaucoup plus élevée que ce qui est rapporté. La prévalence peut continuer à augmenter en raison des

retombées économiques négatives de la pandémie de COVID-19, des catastrophes naturelles, des conflits et des agitations politiques à travers le monde, et d'autres événements qui augmentent la vulnérabilité des femmes et des filles et leur exposition au risque de VBG.

Les effets néfastes de la violence conjugale sont bien documentés⁴. Il augmente la vulnérabilité des femmes et des filles, en particulier là où les mariages précoces et les conflits sont fréquents. Les conséquences de la VPI sur la santé sexuelle et reproductive sont énormes^{14,15}. Entre autres, ils comprennent les grossesses d'adolescentes, les grossesses non désirées, les fausses couches, les mortinaissances, les hémorragies intra-utérines, les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, les avortements provoqués, l'insuffisance pondérale à la naissance et les naissances prématurées. D'autres effets liés à la santé comprennent une carence nutritionnelle, des douleurs abdominales et d'autres problèmes gastro-intestinaux, des troubles neurologiques, des douleurs chroniques, un handicap, une anxiété et un trouble de stress post-traumatique, la dépression, le suicide et des maladies non transmissibles telles que l'hypertension, le cancer et les maladies cardiovasculaires, maladies⁴. En outre, les implications économiques en termes de perte pour le PIB et de coût pour les victimes ont été signalées^{10,16}. Un fardeau économique à vie d'environ 3 600 milliards de dollars a été signalé aux États-Unis¹⁷.

La violence conjugale est un aspect de la violence à l'égard des femmes qui doit être traité plus sérieusement alors que le monde s'efforce d'améliorer la vie de chacun. Les stratégies habituelles de réduction du risque de VBG en s'attaquant aux inégalités systémiques et de genre, et l'autonomisation des femmes peuvent réduire la violence des partenaires non intimes à l'égard des femmes dans la sphère publique, mais n'ont pratiquement aucun effet sur la VPI. C'est parce que la violence conjugale est perpétrée à la maison dans des relations hétérosexuelles. Il prospère sous le couvert du patriarcat qui favorise l'inégalité dans les relations de pouvoir dans une union conjugale¹⁸. Des interventions multidimensionnelles qui intègrent des approches psychologiques, sociologiques, de santé publique et de droits humains sont nécessaires pour cibler le changement de comportement chez les partenaires intimes masculins. En particulier, les comportements qui favorisent la violence masculine contre un partenaire intime, tels que l'euphorie excessive et la colère élevée des supporters masculins dans les sports à prédominance masculine tels que le football et le basket-ball, la consommation excessive d'alcool, la consommation et la dépendance aux drogues dures, doivent être plus sérieusement contrôlés. Par une législation et des

sanctions appropriées. Une plus grande proportion d'utilisateurs de drogues dures et de fumeurs de tabac sont des hommes¹⁹. Les caractéristiques familiales telles que l'union de rang supérieur augmentent la probabilité de dépression et de stress, et l'abandon du tabac et de l'alcool sont des stratégies d'adaptation courantes contre le stress et la dépression chez les hommes²⁰⁻²⁴. Davantage d'études sur les caractéristiques des auteurs masculins de VPI qui se concentrent sur les modes de vie et les facteurs émotionnels qui favorisent la VPI sont nécessaires. En outre, des données plus précises, fiables et régulières sont de plus en plus nécessaires si la VPI doit être abordée de manière plus productive. En conclusion, si le monde doit assister à un déclin substantiel de la violence sexiste, le prisme doit être tourné vers ce qui se passe dans la sphère privée des unions hétérosexuelles intimes où a lieu une grande partie des violences faites aux femmes. Les lois et politiques existantes contre la violence dans les unions intimes doivent être largement diffusées et appliquées. Lorsqu'aucune loi n'existe, une action législative urgente est nécessaire pour criminaliser la VPI. Les femmes, en particulier, devraient bénéficier de canaux sûrs pour signaler la violence conjugale.

Conflits d'intérêts

Aucun

Références

1. Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC). Violence entre partenaires intimes |Prévention de la violence|Centre des blessures|CDC. Publié en 2021. Consulté le 22 août 2021. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html>
2. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A et Zarowsky C. Une revue systématique des études africaines sur la violence conjugale contre les femmes enceintes : prévalence et facteurs de risque. *PloS un*. 2011;6(3):e17591.
3. PNUD. Rapport sur le développement humain. Programme de développement des Nations Unies; 2020.
4. Organisation mondiale de la santé. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'égard des femmes : prévalence et effets sur la santé de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle en dehors du partenaire. Organisation mondiale de la santé; 2013.
5. Ou C-Y, Yasmin M, Ussatayeva G, Lee M-S et, Dalal K. Prévalence de la violence conjugale contre les femmes en République du Bénin. *Journal Africain de la Santé de la Reproduction*. 2021;25(4). doi:10.29063/ajrh2020/v25i4.6
6. Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique; 2011. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168008482e>
7. Nations Unies. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes; 1981.

8. Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Assemblée générale; 1993.
9. Banque mondiale. Violence basée sur le genre : Violence contre les femmes et les filles; 2019. <https://www.worldbank.org/en/topic/socialdevelopment/brief/violence-against-women-and-girls>
10. PNUD. Rapport sur le développement humain 2015. Programme des Nations Unies pour le développement ; 2015.
11. Pathak N, Dhairyawan R et Tariq S. L'expérience de la violence conjugale chez les femmes âgées : un examen narratif. *Maturités*. 2019;121:63-75.
12. Lelaurain S, Graziani P et Monaco GL. Violence entre partenaires intimes et recherche d'aide. *psychologue européen*. 2017;22(4):263-281. doi : *psychologue européen* (2017), 22(4)<https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000304>
13. Vranda MN, Kumar CN, Muralidhar D, Janardhana N et Sivakumar P. Obstacles à la divulgation de la violence conjugale chez les patientes bénéficiant des services des hôpitaux psychiatriques de soins tertiaires : une étude qualitative. *Journal des neurosciences dans la pratique rurale*. 2018;9(03):326-330.
14. Beyene AS, Choienta CL et Loxton DJ. Conséquences de la violence sexiste sur les lycéennes dans l'est de l'Éthiopie. *Journal Africain de la Santé de la Reproduction*. 2021;25(4). doi:10.29063/ajrh2020/v25i4.3
15. Manuh T et Biney AAE. Explorer les intersections entre la violence basée sur le genre et la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents dans les États membres de la CEDEAO: une revue de la littérature produite dans la sous-région. *Journal Africain de la Santé de la Reproduction*. 2021; 25(4). doi:10.29063/ajrh2020/v25i4.13
16. King K, Murray CE, Crowe A, Hunnicutt G, Lundgren K et Olson L. Les coûts du rétablissement: les expériences des survivants de la violence entre partenaires intimes en matière de récupération financière suite à des abus. *Le journal de famille*. 2017;25(3):230-238.
17. Peterson C, Kearns MC, McIntosh WL, Estefan LF, Nicolaidis C, McCollister KE, Gordon A et Florence C. Fardeau économique à vie de la violence entre partenaires intimes chez les adultes américains. *Revue américaine de médecine préventive*. 2018;55(4):433-444.
18. Walby S. Théoriser le patriarcat. *Sociologie*. 1989;23(2):213-234.
19. Brathwaite R, Addo J, Smeeth L et Lock K. Un examen systématique de la prévalence du tabagisme et une description des stratégies de lutte antitabac dans les pays d'Afrique subsaharienne ; 2007 à 2014. *PloS un*. 2015;10(7):e0132401.
20. Amato PR. Les conséquences du divorce pour les adultes et les enfants. *Journal du mariage et de la famille*. 2000;62(4):1269-1287. Consulté le 15 mai 2014. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=3772498&site=ehost-live>
21. McDonough P et Walters V. Genre et santé : réévaluation des schémas et des explications. *Sciences sociales et médecine*. 2001;52(4):547-559.
22. Ntoimo LFC, Odimegwu CO et Alex-Ojei CA. Usage du tabac chez les hommes en Afrique subsaharienne : la structure familiale est-elle importante ? Dans : J. Anson et al. (Eds.), *Études de sociologie de la population*. Springer Nature; 2019 : 343-361.
23. Schmeer KK et Kroeger RA. Type d'union et symptômes dépressifs chez les adultes mexicains. *Journal des problèmes familiaux*. 2011;32(12):1597-1621. doi:10.1177/0192513X11409310
24. Williams DR. La santé des hommes : inégalités et opportunités structurées. *Journal américain de santé publique*. 2003;93(5):724-731.