

EDITORIAL

Female genital mutilation and reproductive health in Africa

Friday Okonofua

Available evidence indicates that about 130 million women and girls worldwide have experienced female genital mutilation (FGM). Of these, the large majority are to be found in parts of East and West Africa as well as the Nile Valley countries of Egypt and Sudan. Several reasons have been given for the practice of FGM in Africa, the most important of which surrounds perceptions relating to cultural norms of femininity and chastity and in a few instances the need to observe religious injunctions.

In the last two decades, the international community has very strongly condemned the practice of FGM as an abuse of the bodily integrity and human rights of women and girls. The World Health Organization in particular, has issued a series of statements recommending the discontinuation of the FGM and has urged health practitioners not to medicalize the procedure under any circumstance.

Several articles in this edition of the *African Journal of Reproductive Health* describe the continuing practice of FGM in African countries. The paper by Sakeah et al¹, reports that male preference for circumcised women is an important factor associated with the perpetuation of FGM in northern Ghana. The typology of FGM as recommended by the WHO is well known. The most severe type of FGM consisting of the excision of part or all external genitalia and stitching/narrowing of the vaginal opening (infibulation) is practiced in the northern African countries of Egypt and Sudan, and some parts of Ethiopia. In a large number of cases, infibulated women often undergo a process of defibulation (re-cutting of the vaginal passage) at the time of childbirth to enable easy passage of the fetus. Under normal

circumstances, the vagina should be left open after defibulation to correct the deformity on a permanent basis. However, reinfibulation is an option, whereby some women are re-stitched after delivery in order to maintain the state of genital mutilation. The paper by Berggren et al² in this edition of the journal reports an interesting cultural dichotomy, whereby reinfibulation is regarded by some women as a benefit of sexuality, whereas a few regard it as evidence of the continuing social victimization of women in efforts to sustain the traditional practice of FGM.

The literature is replete with several documentations of the incidence and socio-cultural determinants of FGM in Africa. Thus, much of the ongoing debate surrounds what needs to be done to end the practice, and to sustain the discontinuation over time. The paper by Shell-Duncan³, analyzing results of qualitative research in the Gambia, indicates that there may be stages of social transformation in the practice of FGM. This suggests that advocates seeking to reduce the practice of FGM should not necessarily expect immediate outcomes in terms of actual declines in the practice but should be content with phased results based on the recognition of the state of progression of this transformational change. That means for example, that intermediary results such as attitudinal change documented by a reduction in the proportion of people willing to mutilate their daughters or to seek reinfibulation, are as good as the actual decline in the incidence of FGM.

The good news is the report in this edition by Adeokun et al⁴, which indicates that there may be a trend towards a decline in the practice of FGM in

¹ Editor, *African Journal of Reproductive Health* and Provost, College of Medical Sciences, University of Benin, Benin City, Nigeria.

southwest Nigeria over time. This report is consistent with our earlier report⁵ in Nigeria, which indicates a secular trend towards a decline in the incidence of FGM. Much of this decline is attributable to the effects of modernization and education and as emphasized by Finke⁶ in this edition of the journal, education and the empowerment of women, are two key interventions that will contribute significantly to ending FGM in Africa.

In time past, the international community has expressed concern about the lack of strong scientific evidence linking FGM with adverse reproductive health outcomes. However, there are now a growing number of well conducted studies which demonstrate significant association between FGM and various gynecologic⁷ and pregnancy complications^{8,9}.

In 2006, the WHO reported a study conducted in six African countries (Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal and Sudan) that determined the effects of FGM on various obstetric sequelae¹⁰. The study examined 26,393 women in the six countries during childbirth and showed that women with FGM were more likely to undergo caesarean section, to experience postpartum hemorrhage and extended hospital stay, to require infant resuscitation and to experience stillbirth, early neonatal death and low birth weight infants. This study has now provided the best evidence to date of the association between FGM and adverse obstetric outcomes.

Clearly, there can be no doubt that FGM has negative implications for women's health in Africa. The elimination of all forms of FGM is now regarded as a major component of social and economic development strategies in many African countries. Although the elimination of FGM was not specifically mentioned as one of the expected outcomes of the Millennium Development Goals, the fact that FGM has negative implications for maternal health means that it must be addressed as part of efforts to achieve MDGs 4 and 5. In turn, we believe that if the remaining MDGs are adequately addressed, they can contribute significantly to eliminating FGM in African countries. While there has been intense international advocacy to eliminate FGM, limited results have been achieved, mainly because of the vertical approach hitherto used to address prevention efforts. We believe that to achieve and sustain results over time, FGM prevention must be integrated to the broader sexual and reproductive health programs. Additionally, research must be intensified to provide

evidence for best practices for reducing FGM in Africa, and to monitor impact of interventions over time.

In conclusion, the continued practice of FGM testifies to the human rights abuse and social disempowerment of women, and is a sad reminder of the poor state of women's reproductive health in Africa. African countries must give the highest priority to the elimination of FGM in their social developmental agenda. A systematic decline in the incidence of FGM is one indicator that any African country can show as proof of its willingness to address social and gender inequities among its people. In turn, the international community must not relent in its efforts to support the total abandonment of this unnecessary and harmful tradition in Africa. Surely, the current global crusade for social justice, equity and ethical practices cannot be achieved unless FGM is completely eliminated from the world.

REFERENCES

1. Sakeah E, Doctor HV, Beke A, Hodgson AV. Males' preference for circumcised women in northern Ghana. *African Journal of Reproductive Health* 2006;
2. Berggren V, Ahmed M, Hermlund S, Johansson E, Habbani B, Edberg AK. Being victims or Beneficiaries? Perspectives on female genital cutting and re-infibulation in Sudan. *African Journal of Reproductive Health* 2006;
3. Shell-Duncan B. Are there "stages of change" in the practice of female genital cutting? Qualitative research findings from Senegal and the Gambia. *African Journal of Reproductive Health* 2006;
4. Adeokun LA, Oduwale M, Oronsaye F, Gbogboade AO, Aliyu A, Adekunle W, Sadiq G, Sutton I, Taiwo M. Trends in female circumcision between 1933 and 2003 in Osun and Ogun States, Nigeria. A cohort analysis. *African Journal of Reproductive Health* 2006;
5. Finke E. Genital mutilation as an expression of power structures: Ending FGM through education, empowerment of women and removal of taboos. *African Journal of Reproductive Health* 2006;
6. Snow RC, Slinger TE, Okonofua FE, Oronsaye F, Wacker J. Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social determinants and secular decline *Trop Med Int Health* 2002; 7(1): 91-100.
7. Okonofua FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slinger TE. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynecological morbidity in Edo State, Nigeria. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 109, 1089-1096.

8. Larsen U, Okonofua FE. Female circumcision and obstetrics complications. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002 Jun; 77 (3): 255-65.
9. Slanger TE, Snow RC, Okonofua FE: The impact of female genital cutting on first delivery in southwest Nigeria. *Studies in Family Planning* 2002; 23(2): 173-184.
10. WHO Study Group on Female Mutilation and Obstetric Outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative study in six African countries. *Lancet* 2006 June 3; 367 (9525): 1799-800.

EDITORIAL

La mutilation génitale féminine et la santé de reproduction en Afrique

Friday Okonofua

l'évidence dont on dispose indique qu'environ 130 million de femmes et des filles partout dans le monde ont fait l'expérience de la mutilation génitale féminine (MGF). Parmi celles-ci, la grande majorité se trouvent dans des régions de l'Afrique de l'est et de l'ouest, aussi bien que dans les pays de la vallée du Nile que sont l'Égypte et le Soudan. On a avancé plusieurs raisons pour expliquer la pratique de la MGF en Afrique dont la plus importante concerne les perceptions qui ont à faire avec les normes culturelles de la féminité et de la chasteté et dans quelques instances la nécessité de respecter les recommandations formelles. Au cours de deux dernières décennies, la pratique de la MGF a été sévèrement condamnée par la communauté internationale comme un abus de l'intégrité corporelle et des droits de la femme et de la fille. L'Organisation mondiale de la santé, en particulier, a fait paraître une série de proclamations préconisant l'arrêt de la MGF et elle a prié les médecins de ne pas médicaliser la procédure en aucun cas.

Plusieurs articles dans cette édition d'*African Journal of Reproductive Health (Revue africaine de la santé de reproduction)* donnent une description de la pratique continue de la MGF dans les pays africains. L'article par Sakeah et al, rapporte que la préférence chez les hommes pour les femmes excisées est un facteur important à la perpétuation de la MGF au Ghana du nord. On connaît bien la typologie de la MGF telles qu'elle est préconisée par l'OMS. Le type le plus sévère de la MGF qui consiste à exciser une partie ou tous les organes génitaux et la suture de l'anneau du vagin (infibulation) est pratiqué dans les pays de l'Afrique du nord que sont l'Égypte et

le Soudan et dans quelques régions de l'Éthiopie. Dans beaucoup de cas, les femmes infibulées subissent souvent un processus de la défibulation (la recoupe de l'anneau du vagin) au moment de l'accouchement pour permettre un passage aisé du fœtus. Dans des circonstances normales, il faut laisser ouvert le vagin après la défibulation afin de corriger la difformité de façon permanente. Néanmoins, la reinfibulation est une option selon laquelle certaines femmes sont resuturées après l'accouchement afin de maintenir l'état de la mutilation génitale. L'article par Berggren et al² dans ce numéro de la revue rapporte une dichotomie culturelle intéressante, selon laquelle la reinfibulation est considérée par certaines femmes comme un bénéfice de la sexualité, alors que peu de femmes la considèrent comme une évidence de la persécution sociale continue de la femme dans les efforts pour soutenir la pratique traditionnelle de la MGF.

La littérature est remplie de beaucoup de documents de l'incidence et des déterminants de la MGF en Afrique. Ainsi, beaucoup de débats actuels concernent ce qu'il faut faire pour mettre fin à la pratique et pour soutenir l'arrêt pour longtemps. L'article par Shell-Duncan³, tout en analysant les résultats des recherches qualitatives en Gambie, indique qu'il peut y avoir des stades de la transformation sociale par rapport à la pratique de la MGF. Ceci suggère que les défenseurs qui cherchent à réduire la pratique de la MGF ne doivent pas s'attendre forcément à des résultats par rapport aux déclinés concrets dans la pratique, mais ils doivent se contenter des résultats progressifs basés sur la

* Rédacteur, *Revue africaine de la santé de reproduction* et Doyen, College of Medical Sciences, University of Benin, Benin-City, Nigeria.

reconnaissance de l'état de progression de ce changement transformationnel. Ce qui veut dire, par exemple, que les résultats intermédiaires tel que le changement d'attitude qui est documenté par une réduction dans la proportion de gens qui aiment mutiler leurs filles ou veulent rechercher la reinfibulation, sont aussi bons que le déclin concret dans l'incidence de la MGF.

La bonne nouvelle est le rapport dans ce numéro par Adeokun et al⁴, qui indique qu'il peut y avoir une tendance vers un déclin dans la pratique de la MGF au Sud-ouest du Nigéria au cours d'une période. Ce rapport est en accord avec notre rapport précédent⁵ au Nigéria, qui montre une tendance séculière vers un déclin dans l'incidence de la MGF. On attribue beaucoup de ce déclin aux effets de la modernisation et de l'éducation; et comme l'a insisté Finke⁶ dans ce numéro de la revue, l'éducation et l'émancipation des femmes, sont deux interventions clé qui contribueront de manière significative à mettre fin à la MGF en Afrique.

Dans le passé, la communauté internationale a exprimé son inquiétude à l'égard du manque d'évidence scientifique valable qui lie la MGF aux résultats négatifs de la santé de reproduction. Néanmoins, il y a actuellement bon nombre d'études bien menées qui démontrent une association significative entre la MGF et des diverses complications sur le plan gynécologique⁷ et de la grossesse^{8,9}.

En l'an 2006, l'OMS a rapporté une étude menée dans six pays africains (Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigéria, Sénégal et Soudan) qui déterminent les effets de la MGF sur diverses séquelles obstétriques¹⁰.

L'étude a examiné 26,393 femmes dans six pays pendant l'accouchement et a montré que les femmes qui ont subi la MGF avaient plus la possibilité de subir l'opération césarienne, de souffrir de l'hémorragie de la délivrance et le séjour à l'hôpital prolongé, d'avoir la nécessité pour la réanimation de l'enfant et de subir la mortalité, le décès néonatal précoce et les enfants ayant le poids de naissance bas. Cette étude a montré maintenant la meilleure évidence jusqu'à présent de l'association entre la MGF et les résultats obstétriques défavorables.

Manifestement, il n'y aura aucun doute que la MGF a des implications négatives pour la santé de la femme en Afrique. Dans plusieurs pays africains l'élimination de toutes formes de MGF est maintenant considérée comme un constituant majeur des stratégies de développement social et économique. Bien qu'on n'ait pas mentionné spécifiquement l'élimination comme

étant un des résultats attendus des objectifs du développement du millénium, le fait que la MGF a des implications négatives pour la santé maternelle veut dire qu'il faut s'en occuper comme faisant partie des efforts pour accomplir les ODM 4 et 5. A notre tour, nous sommes convaincus que si l'on s'occupe suffisamment du reste des ODM ils peuvent contribuer de manière significative à l'élimination de la MGF dans les pays africains. Alors qu'il y a eu des plaidoyers internationaux intenses pour éliminer la MGF, on n'a accompli que des résultats limités surtout à cause de l'approche verticale dont on s'est servi ultérieurement pour aborder des efforts de prévention. Nous croyons qu'il faut intégrer la prévention de la MGF dans les plus larges programmes de la santé sexuelle et de reproduction. De plus, il faut intensifier la recherche pour fournir l'évidence qui permet les meilleures pratiques pour la réduction de la MGF en Afrique et pour surveiller l'impact des interventions au cours d'une période.

En conclusion, la pratique continue de la MGF témoigne de l'abus des droits de l'homme et la désémancipation sociale de la femme, ce qui rappelle malheureusement le mauvais état de la santé de reproduction en Afrique. Il faut que les pays africains accordent la plus grande priorité à l'élimination de la MGF dans leurs programmes du développement social. Un déclin systématique dans l'incidence de la MGF constitue un indice que n'importe quel pays africain peut montrer comme évidence de sa volonté d'aborder les iniquités sociales et de genre parmi son peuple. A son tour, la communauté ne doit pas relâcher ses efforts pour soutenir l'abandon total de cette tradition inutile et nuisible en Afrique. Sûrement la croisade globale actuelle pour la justice sociale, l'équité et les pratiques ethniques ne peuvent pas être accomplies sauf si la MGF est totalement éliminée de cette planète.

RÉFÉRENCES

1. Sakeah E, Docteur HV, Beke A, Hodgson AV. La préférence chez les hommes pour les femmes excisées au Ghana du nord. *Revue africaine de la santé de reproduction* 2006;
2. Berggren V, Ahmed M, Hermlund S, Johansson E, Habbani B, Edberg AK. Etre victimes ou bénéficiaires? Perspectives sur l'excision génitale féminine et la reinfibulation au Soudan. *Revue africaine de la santé de reproduction* 2006;

12 *La mutilation génitale féminine et la santé de reproduction en Afrique*

3. Shell-Duncan B. Y a-t-il des étapes d'évolution" dans la pratique de l'excision génitale féminine? Les résultats de recherches qualitative du Sénégal et de la Gambie. *Revue africaine de la santé de reproduction* 2006;
4. Adeokun LA, Oduwole M, Oransaye F, Gbogbade AO, Aliyu A, Adekunle W, Sadiq G, Sutton I, Taiwo M. Tendances dans l'excision féminine entre 1993 et 2003 dans les états d'Osun et d'Ogun, Nigéria. Une analyse cohorte. *Revue africaine de la santé de reproduction* 2006;
5. Finke E. La mutilation féminine comme une expression de structures de pouvoir. Arrêter la MGF à travers l'éducation, l'émancipation de la femme et l'enlèvement des tabous. *Revue africaine de la santé de reproduction* 2006;
6. Snow RC, Slanger TE, Okonofua FE, Oransaye F, Wacker J. La mutilation génitale féminine et les corollaires dans les régions urbaines et péri-urbaines du Nigéria: une validité auto-signalée, les déterminants sociaux et le déclin séculaire. *Trop Med Int Health* 2002; 7(1): 91-100
7. Okonofua FE, Larsen U, Oransaye F, Snow R, Slanger TE. L'association entre la mutilation génitale féminine et les corollaires de la morbidité sexuelle et gynécologique dans l'état d'Edo, Nigéria. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 109, 1089 – 1096.
8. Larsen U, Okonofua FE. L'excision féminine et les complications obstétriques. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002. June; 77(3): 255 – 65.
9. Slanger TE, Snow RC, Okonofua FE: L'impact de la mutilation génitale féminine pendant le premier accouchement au sud-ouest du Nigéria. *Studies in Family Planning* 2002; 23(2): 173 – 184.
10. Groupe d'études de l'OMS sur la mutilation féminine et les résultats obstétriques: Etude collaborative de l'OMS dans six pays africains. *Lancet* 2006 June 3; 367(9525): 1799 – 800.