

# S

tudie over de  
prevalentie van  
en het risico  
op vrouwelijke  
genitale  
verminking in  
België

Samenvatting

# Promotor

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

# Hoofdonderzoekers

Dominique Dubourg<sup>1</sup>, Fabienne Richard<sup>1</sup>

# Begeleidingscomité

Rita Eggermont<sup>2</sup>, Griet Gregoir<sup>3</sup>, Els Leye<sup>4</sup>, Jennifer Mabbott<sup>5</sup>, Sophie Maes<sup>6</sup>, Samuel Ndamè<sup>7</sup>, Tine Rommens<sup>2</sup>, Marie-Jeanne Schoofs<sup>2</sup>, Philip Tavernier<sup>5</sup>.

---

1 Instituut voor Tropische Geneeskunde, ITG

2 Kind & Gezin, K&G

3 Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen, CGVS

4 International Centre for Reproductive Health, ICRH

5 Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers, Fedasil

6 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, WIV

7 Office de la Naissance et de l'Enfance, ONE

# Context

Momenteel zijn er wereldwijd naar schatting 100 à 140 miljoen meisjes en vrouwen die het slachtoffer geworden zijn van genitale verminking (clitoridectomie, excisie of infibulatie) en lopen elk jaar naar schatting minstens drie miljoen meisjes het risico om op die manier verminkt te worden (WGO 2008).

De vrouwelijke genitale verminkingen (VGV) worden in minstens 28 Afrikaanse landen toegepast, maar de praktijken komen ook bij bepaalde etnische groepen in Latijns-Amerika, in het Midden-Oosten en in Azië voor.

De prevalentie verschilt sterk van regio tot regio, zelfs binnen eenzelfde land. De etnische groep en het gebied van herkomst zijn bepalende factoren hiervoor.

Ook bij families die zich in Europa hebben gevestigd, wordt de praktijk, in mindere mate, voortgezet, tijdens vakanties in het land van herkomst of op het grondgebied van het gastland. Het probleem is complex aangezien men niet alleen de jonge meisjes wil beschermen die het slachtoffer zouden kunnen worden van deze praktijk maar men ook de complicaties van gynaecologisch-obstetrische aard dient te behandelen die zich bij besneden vrouwen kunnen voordoen en men te maken krijgt met een toenemende vraag naar reconstructieve ingrepen.

## Definitie en indeling van vrouwelijke genitale verminkingen

Vrouwelijke genitale verminkingen worden door de Wereldgezondheidsorganisatie omschreven als elke ingreep die leidt tot een gedeeltelijke of volledige wegname van de uitwendige geslachtsorganen van de vrouw of elk ander letsel van de vrouwelijke geslachtsorganen dat om niet-therapeutische redenen is aangebracht (WGO 1997). De WGO heeft de verminkingen in vier types onderverdeeld.

## De vier types van vrouwelijke genitale verminkingen

- **Type 1** of *clitoridectomie* is de gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris of de voorhuid van de clitoris.
- **Type 2** of *excisie* is de gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen.
- **Type 3** of *infibulatie* is de vernauwing van de vaginale opening met het verwijderen en dichtnaaien van de kleine of of grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris.
- **Type 4** omvat alle andere schadelijke ingrepen op de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercen, snijden, insnijden en uitbranden.

WGO 2007

Het type verminking dat wordt toegepast, varieert naargelang het land van herkomst.

De verminkingen van type 1 en 2 worden voornamelijk toegepast in Centraal- en West-Afrika (Benin, Burkina Faso, Kameroen, de Centraal-Afrikaanse Republiek, Ivoorkust, Gambia, Ghana, Guinee-Bissau, Guinee Conakry, Liberia, Mali, Mauritanië, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Togo en Tsjaad), maar ook in Kenia, Oeganda en Tanzania.

De verminkingen van type 3 (infibulatie) worden toegepast in Oost-Afrika (Djibouti, Eritrea, Ethiopië, Somalië), in Egypte, in Soedan en in het zuiden van het Arabisch Schiereiland. In sommige landen (Egypte, Mali, Nigeria en Senegal) worden alle types vastgesteld.

## Doel van de studie

Het doel van deze kwantitatieve studie bestond erin meer kennis te verwerven over de problematiek van de vrouwelijke genitale verminkingen in België.

Het was daarbij de bedoeling om:

- Een schatting te maken van het aantal besneden vrouwen die in België wonen
- Een schatting te maken van het aantal meisjes die het risico lopen om besneden te worden
- Een schatting te maken van de doelgroep van de verschillende medisch-sociale diensten die geconfronteerd worden met de problematiek van de vrouwelijke genitale verminkingen.

## Promotor en onderzoekers

Deze studie, die uitgevoerd werd in overeenstemming met de aanbevelingen van het Europees Parlement inzake de verbetering van statistieken over dit onderwerp<sup>1</sup>, werd verricht door het Instituut voor Tropische Geneeskunde van Antwerpen op verzoek van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. De studie werd gerealiseerd met de steun van een begeleidingscomité (ICRH, ONE, K&G, Fedasil, CGVS, WIV).

## Methode

De studie bestond uit twee belangrijke stappen:

- Stap 1: zo nauwkeurig mogelijk schatten hoeveel vrouwen in België uit één van de betrokken landen afkomstig zijn, en dit per land van herkomst, en hoeveel meisjes geboren zijn uit moeders die uit een van deze landen afkomstig zijn (2e generatie).
- Stap 2: de prevalentie vastgesteld in het land van herkomst waar de VGV worden toegepast (studies DHS en MICS)<sup>2</sup> per leeftijdscategorie extrapoleren op de bevolking in België.

### **Stap 1**

Om een zo nauwkeurig mogelijke schatting te maken, werden verschillende bijkomende bronnen geconsulteerd:

- gegevens over de vrouwen die afkomstig zijn uit één van de landen waar vrouwelijke genitale verminking wordt toegepast, verstrekt door de Algemene directie statistiek en economische informatie (ADSEI)
- gegevens van Fedasil over de vrouwen die door het netwerk zijn opgevangen
- geboortegegevens van moeders die afkomstig zijn uit één van de betrokken landen, verstrekt door K&G en het ONE.

De gegevens die worden voorgesteld, hebben betrekking op de bevolking d.d. **1 januari 2008**.

1 Europees Parlement. Resolutie van het Europees Parlement van 24 maart 2009 over de strijd tegen genitale verminking van vrouwen in de EU (2008/2071(INI))

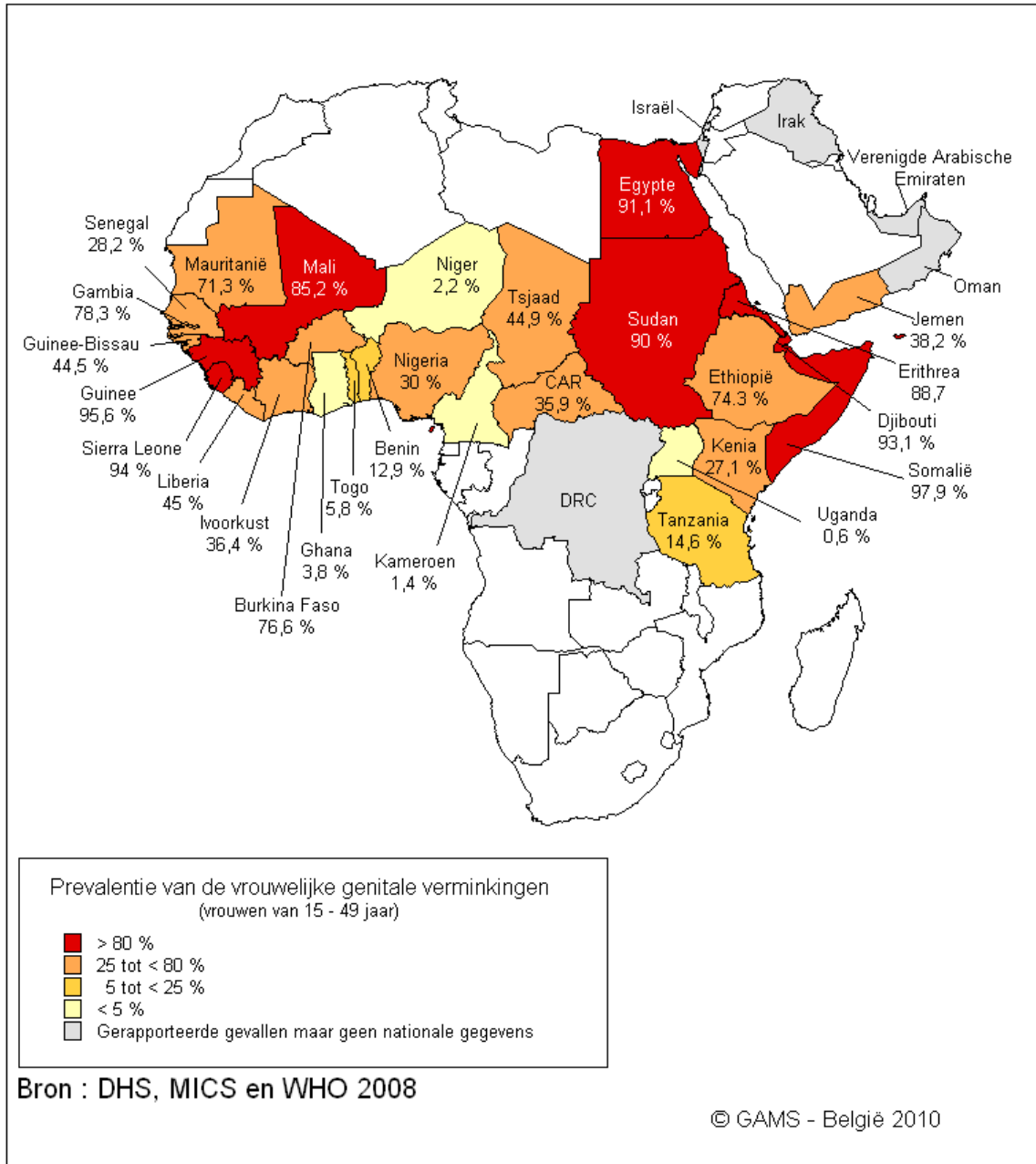
2 DHS: Demographic and Health Survey (Demografisch en gezondheidsonderzoek), MICS: Multiple Indicator Cluster Survey

## Stap 2

De prevalenties van vrouwelijke genitale verminking in de landen van herkomst opgedeeld per leeftijds categorie werden geëxtrapoleerd op de bevolking berekend in stap 1. Deze prevalenties werden verschaft door de DHS en de MICS die op 31 mei 2010 gepubliceerd werden.

Voor deze studie hebben wij als 'zeer waarschijnlijk al besneden' beschouwd elk meisje of elke vrouw geboren in het land van herkomst, en als iemand 'die het risico loopt besneden te worden' elk meisje of elke vrouw geboren in België of in een ander Europees land.

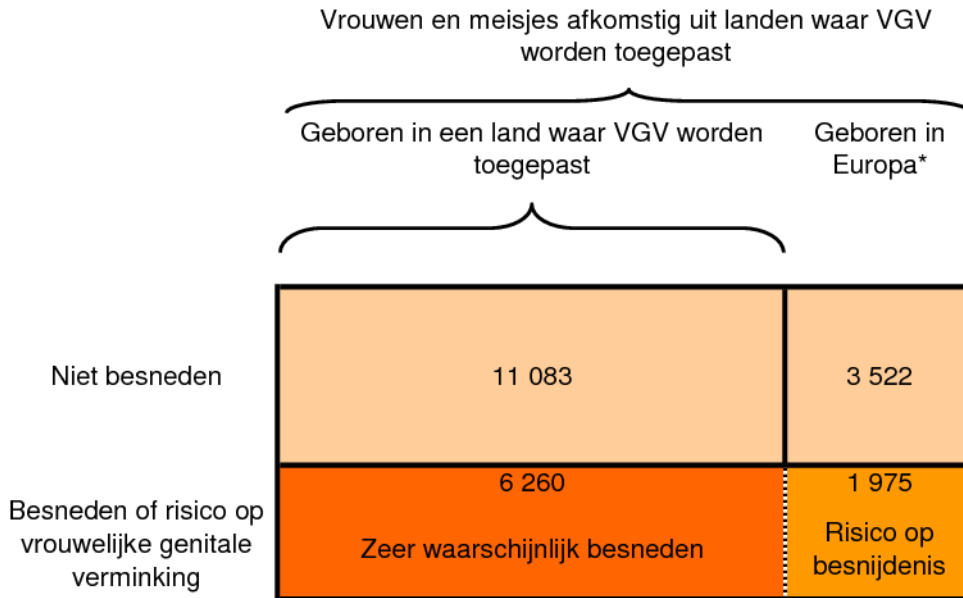
### Geografische spreiding en prevalentie van vrouwelijke genitale verminkingen van type 1, 2 en 3 in Afrika en het Midden-Oosten



# Resultaten

De vrouwelijke bevolking afkomstig uit een land waar VGV worden toegepast, werd, op basis van al onze verschillende gegevensbronnen, geschat op 22 840. Onder deze 22 840 vrouwen en meisjes telt men er 6 260 die *'zeer waarschijnlijk al besneden'* zijn en zouden er 1 975 *'het risico lopen besneden te worden'*, wat de totale doelgroep op 8 235 brengt.

## Hoeveel besneden vrouwen in België ?



\* Hiertoe behoren ook 165 meisjes die geboren zijn in Latijns-Amerika, Noord-Amerika of Azië of in een Afrikaans land waar VGV niet wordt toegepast.

Gegevens op 1 januari 2008

Aan de hand van de gegevens per leeftijdscategorie kan men de vraag naar medisch-sociale diensten in de verschillende perioden van het leven in kaart brengen:

De meisjes **onder de 5 jaar** die een beroep doen op de diensten van K&G, de ONE en het CLB<sup>3</sup> (1 190 meisjes die het risico lopen om besneden te worden of die waarschijnlijk al besneden zijn, voor degenen die in het land van herkomst geboren zijn).

De meisjes van **5 tot 19 jaar** die een beroep doen op de diensten voor gezondheids promotie op school (1 690).

De **vrouwen tussen 20 en 49 jaar** die een beroep doen op de diensten in de huisartsgeneeskunde en de diensten voor reproductieve gezondheid (4 905).

De **vrouwen ouder dan 50** (450) die laattijdige complicaties kunnen krijgen die nog te weinig worden bestudeerd en een beroep doen op de diensten in de huisartsgeneeskunde en de diensten voor reproductieve gezondheid.

<sup>3</sup> K&G (0 tot 3 jaar), CLB (3 tot 6 jaar)

# Vrouwelijke bevolking die besneden is of het risico loopt besneden te worden, per gewest, op 1 januari 2008

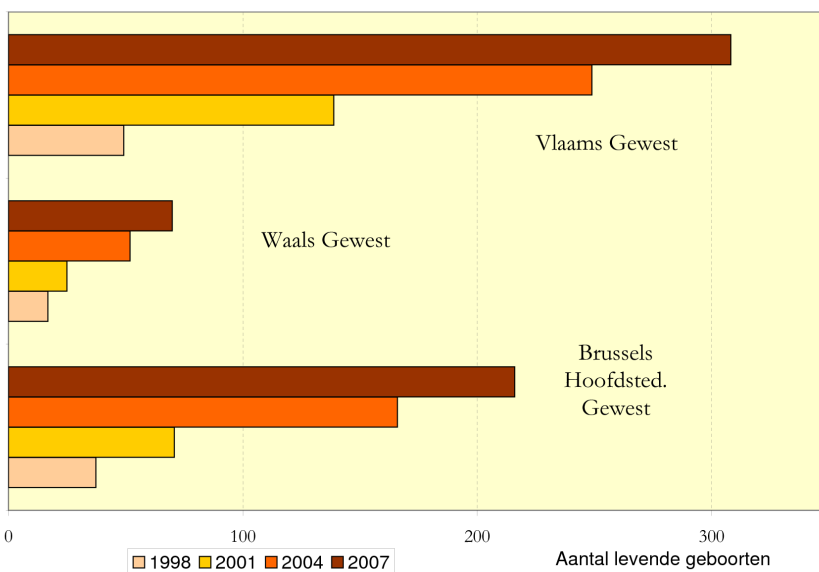
Leeftijdsgroep	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdsted. Gewest	Totaal België	Onder wie geboren buiten Europa*
<5 jaar	588	178	424	1,190	148
5-19 jaar	746	409	536	1,690	1,075
20-49 jaar	2,073	989	1,843	4,905	4,617
50 jaar en +	144	72	234	450	420
Totaal	3,550	1,648	3,037	8,235	6,260

\* geboren in een land waar VGV voorkomt

Wat de preventie betreft, dient bijzondere aandacht uit te gaan naar de kleine meisjes van minder dan 5 jaar die in België geboren zijn (1042), om te vermijden dat zij op Belgisch grondgebied of tijdens de vakantie in het land van herkomst worden besneden.

Het aantal vrouwen dat waarschijnlijk besneden is, neemt voortdurend toe in België en is de laatste tien jaar verdrievoudigd. In 2007 registreerden K&G en de ONE 600 bevallingen bij moeders met een vrouwelijke genitale verminking.

## Evolutie tussen 1998 en 2007 van de levende geboorten uit besneden moeders, België



Bronnen: K&G en ONE

Deze vrouwen vormen een speciale doelgroep voor vroedvrouwen en verloskundigen die de mogelijke complicaties bij een bevalling moeten behandelen. Deze complicaties hangen af van het type verminking.

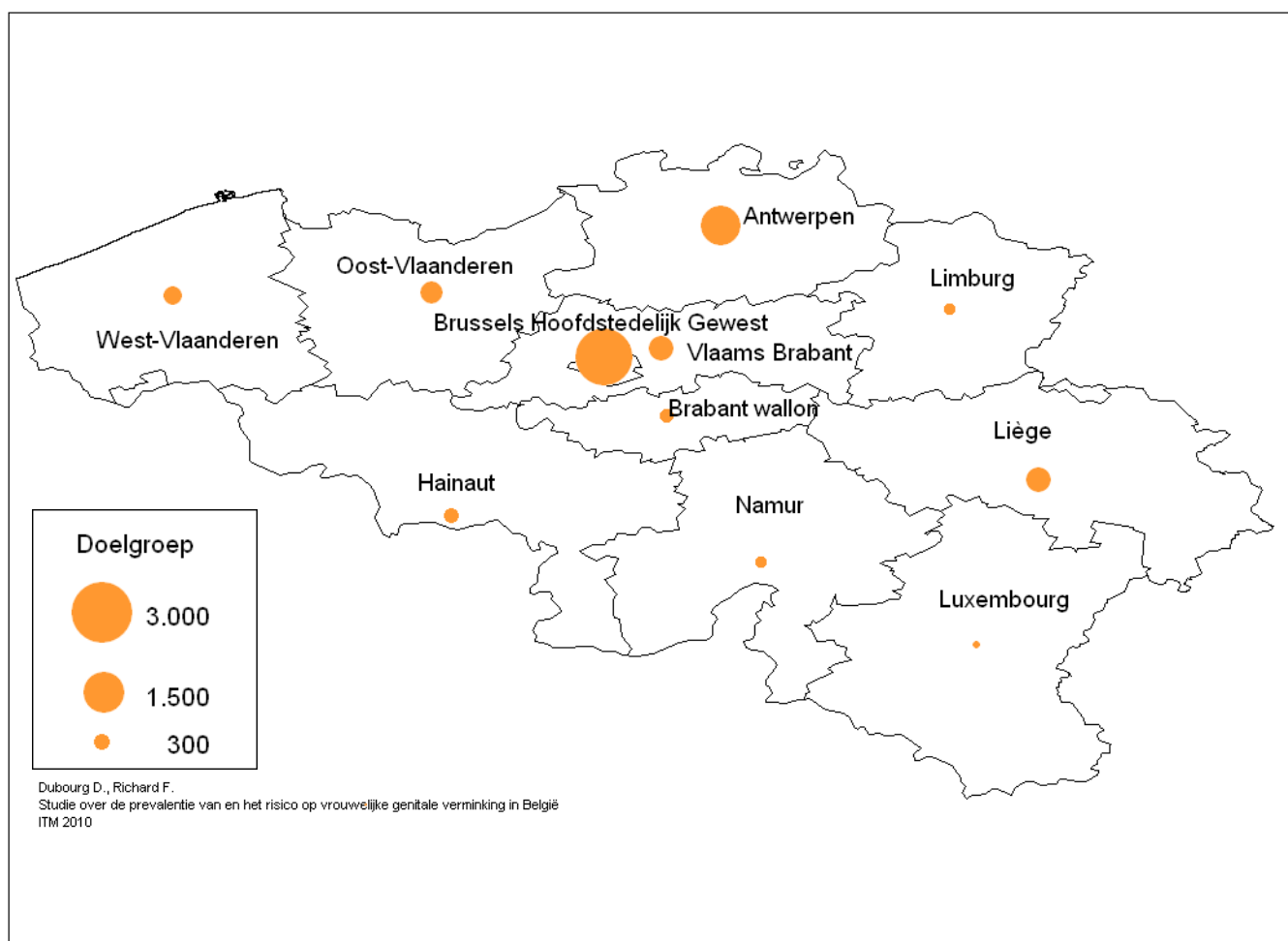
# Wie zijn deze vrouwen en waar wonen ze?

In België is 80% van de vrouwen die het slachtoffer zijn van deze problematiek afkomstig uit 10 Afrikaanse landen: Guinee, Somalië, Egypte, Nigeria, Ethiopië, Ivoorkust, Sierra Leone, Senegal, Burkina Faso en Mali.

Het Vlaams Gewest is het ergst getroffen door de problematiek (met 3 550 meisjes en vrouwen die al besneden zijn of het risico lopen besneden te worden), gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (3 037) en het Waals Gewest (1 648).

Aangezien de getroffen gemeenschappen niet alleen in Brussel gelokaliseerd zijn, is het belangrijk dat er buiten de hoofdstad, met name in de provincies Antwerpen (1 195 meisjes en vrouwen die al besneden zijn of het risico lopen besneden te worden) en Luik (649), behandlungs- en preventiediensten worden opgericht.

## Vrouwelijke bevolking die besneden is of het risico loopt besneden te worden, per provincie, op 1 januari 2008





# Conclusie

Dankzij deze tweede kwantitatieve studie, na de studie die in 2003 verricht werd door het team van het ICRH (Leye et al, 2004), beschikken wij nu over aangepaste en recente cijfers. Hieruit blijkt dat het aantal vrouwen met genitale verminking en het aantal meisjes dat risico loopt, sterk is toegenomen. Dit is enerzijds te wijten aan het feit dat er de laatste jaren veel vrouwen zijn gemigreerd uit landen waar genitale verminking wordt toegepast, en anderzijds omdat deze studie gebruik maakte van nieuwe gegevensbronnen (K&G, het ONE en Fedasil).

Deze studie geeft enkel schattingen, maar vormt een goede basis om de noden betreffende behandeling van deze doelgroepen in kaart te brengen.

# Aanbevelingen

Deze studie toont aan dat de nood aan preventie (meisjes die het risico lopen om besneden te worden) en medisch-sociale behandeling (vrouwen die al besneden zijn) in België, maar vooral in bepaalde provincies, groot is, en dat er dus genoeg aandacht moet gegeven worden aan de vorming van het betreffende personeel in die provincies.

Wat het onderzoek betreft, zouden de schattingen regelmatig moeten worden bijgesteld rekening houdend met de migratie en met de nieuwe gegevens over de prevalentie in de landen van herkomst.

# Gelijkaardige studies gerealiseerd in Europese landen

Andro A, Lesclingrand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Population & Sociétés INED (438); 2007.

Dorkenoo E, Morison L, Macfarlane A. A statistical study to estimate the prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales. Foundation for Women's Health, Research and development (FORWARD); 2007.

Thierfelder C. Female genital mutilation and the Swiss health care system. Basel: University of Basel, Faculty of Medicine; 2003.

O'Brien Green S, Patel S, Scharfe Nugent A, Basnet S, Cuthill J, Finn F, et al. Female genital mutilation. Information for health-care professionals working in Ireland. Dublin: AkiDwA & Royal College of Surgeons in Ireland AkiDwA & Royal College of Surgeons in Ireland; 2008.

Leye E, Deblonde J. La législation Belge en matière de Mutilations Génitales Féminines et l'application de la loi en Belgique. International Centre for Reproductive Health, Publication N°9 ; 2004.

