

Studie over de prevalentie van vrouwelijke genitale verminking en van het risico op vrouwelijke genitale verminking in België, 2014

(Update 31 december 2012)

Promotor : FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Hoofdonderzoekers: Dominique Dubourg¹, Fabienne Richard¹

Stuurgroep:

Valentine Audate², Rita Eggermont³, Martine Hendrickx⁴, Els Leye⁵, Sophie Maes⁶, Samuel Ndamè⁷, Frances Nicholson⁸

1 Instituut voor Tropische Geneeskunde, ITG, Antwerpen

2 Commissariaat-generaal voor vluchtelingen en staatlozen, CGVS.

3 Kind en Gezin (K&G)

4 Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers, Fedasil

5 International Centre for Reproductive Health (ICRH)

6 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, WIV (nu WGO)

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

8 Hoog Commissariaat voor Vluchtelingen van de Verenigde Naties (UNHCR)

Inhoud

Tabellenlijst	3
Afbeeldingenlijst.....	3
Lijst van afkortingen.....	4
1 Inleiding.....	5
2 Vrouwelijke genitale verminking.....	5
2.1. Definitie en classificatie van VGV.....	5
2.2. Prevalentie en geografische spreiding.....	6
2.3. Omstandigheden waarin VGV wordt toegepast.....	7
2.4. Redenen die worden aangevoerd om de praktijk te bestendigen.....	8
2.5. Gevolgen van de vrouwelijke genitale verminking.....	9
2.6. Nationale en internationale wetteksten over VGV.....	10
3. Problematiek van VGV in Europa en België.....	12
3.1. Risicokinderen.....	12
3.2. Invloed van de migratie op de vrouwenbesnijdenis.....	12
3.3. Gezondheidsprofessionelen tegenover besneden vrouwen.....	13
4. Huidige studiekennis inzake prevalentie van VGV in Europa.....	14
5. Doelstellingen.....	15
5.1. Algemene doelstelling.....	15
5.2. Specifieke doelstellingen.....	15
6. Methodologie.....	15
6.1. Verloop van het onderzoek.....	15
6.2. Profiel en taken van de hoofdonderzoekers.....	16
6.3. Gegevensbronnen.....	16
6.4. Beschrijving van de gegevens.....	17
6.4.1. Databank van de ADSEI.....	17
6.4.2. Gegevens van K&G en de ONE.....	19
6.4.3. Gegevens van de Dienst Vreemdelingenzaken en Fedasil.....	20
6.4.4. De prevalentie van VGV per land.....	21
6.4.5. Uiteindelijke databank.....	22
7. Bias en beperkingen van de studie.....	23
8. Resultaten.....	24
8.1. Schatting van het aantal meisjes/vrouwen die besneden zijn of het risico lopen besneden te worden volgens de grote leeftijdscategorieën.....	24
8.1.1. Meisjes jonger dan 5 jaar.....	24
8.1.2. Kinderen en adolescenten van 5 tot 19 jaar.....	26
8.1.3. Vrouwen van 20-49 jaar.....	28
8.1.4. Vrouwen van 50 jaar en ouder.....	31
8.2. Globale schatting van het aantal meisjes en vrouwen die besneden zijn of het risico lopen besneden te worden.....	32
9. Synthese van de resultaten.....	40
10. Bespreking – Gevolgen voor de medisch-sociale diensten in België.....	41
11. Aanbevelingen.....	43
12. Referenties.....	45
Bijlagen.....	48

Tabellenlijst

Tabel 1. Spreiding van de populatie vrouwen per oorspronkelijke of huidige nationaliteit volgens het gewest van verblijf op 31 december 2012 (ADSEI-gegevens).....	18
Tabel 2. Geboortes in België van meisjes van wie de moeder afkomstig is uit een land waar VGV wordt toegepast, volgens het land van herkomst van de moeder en de huidige leeftijd (Bronnen: K&G en de ONE, jaren 1998-2012)	19
Tabel 3. Vrouwen in het opvangnetwerk die afkomstig zijn uit een land waar VGV wordt toegepast, per huidige nationaliteit (Bron : Dienst Vreemdelingenzaken en Fedasil, 2012) ...	20
Tabel 4. De prevalentie van VGV per land (algemene prevalentie)	21
Tabel 5. Samenstelling van de uiteindelijke studiepopulatie	23
Tabel 6. Schatting van het aantal meisjes jonger dan 5 jaar die besneden zijn of het risico lopen besneden te worden, per geboorteplaats in België, op 31 december 2012 (Bronnen: K&G, ONE en ADSEI).....	25
Tabel 7. Schatting van de populatie meisjes en adolescenten van 5 tot 19 jaar die besneden kunnen zijn of het risico lopen besneden te worden, per geboorteplaats op 31 december 2012 (Bronnen: ADSEI, K&G, ONE)	27
Tabel 8. Populatie vrouwen (20-49 jaar) die waarschijnlijk besneden zijn, per leeftijdscategorie en per Gewest, op 31 december 2012 (Bronnen: ADSEI en Vreemdelingenzaken).....	29
Tabel 9. Aantal levende geboortes uit waarschijnlijk besneden moeders die in België wonen, tussen 1998 en 2012, per jaar en per Gewest van verblijf (Bronnen: K&G en de ONE)	30
Tabel 10. Waarschijnlijk besneden vrouwen van 50 jaar en ouder, per gewest van verblijf, op 31 december 2012 (Bron: ADSEI - Vreemdelingenzaken)	31
Tabel 11. Totale populatie vrouwen volgens de nationaliteit van herkomst en het gewest van verblijf, voor de 10 belangrijkste landen waar VGV wordt toegepast, op 31 december 2012	34
Tabel 12. Raming van het aantal zeer waarschijnlijk besneden vrouwen of meisjes die risico lopen op besnijdenis volgens de 10 meest betrokken nationaliteiten per gewest, België, 2012.	34
Tabel 13. Totale vrouwelijke populatie en vrouwelijke populatie die besneden is of dat riskeert, per provincie op 31 december 2012 (Bron: DGSIE, ONE, K&G)	35
Tabel 14. Aantal vrouwen die besneden zijn of het risico lopen besneden te worden, per leeftijd en per oorspronkelijke nationaliteit, op 31 december 2012.....	37
Tabel 15. Populatie van vrouwen die al besneden zijn of het risico lopen besneden te worden per leeftijdscategorie en geboorteplaats, op 31 december 2012.....	40

Afbeeldingenlijst

Figuur 1. Geografische spreiding en prevalentie van de vrouwelijke genitale verminkingen van type 1, 2 en 3 in Afrika en het Midden-Oosten (DHS/MICS beschikbaar op 23/12/2013).....	7
Figuur 2. Schatting van het aantal meisjes en vrouwen die in België wonen en die al besneden zijn of die het risico lopen het slachtoffer te worden van VGV, op 31 december 2012.....	33
Figuur 3. Zeer waarschijnlijk besneden vrouwen, of meisjes die risico lopen op besnijdenis, per provincie op 31 december 2012 (Bron : ADSEI, ONE, K&G)	36

Lijst van afkortingen

ASBL - VZW	Association sans but lucratif - Vereniging zonder winstoogmerk
CGRA - CGVS	Commissariat général aux réfugiés et apatrides - Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen
CIRE	Coordination et Initiatives pour les réfugiés et étrangers
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
CPAS - OCMW	Centre public d'action sociale - Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
DGSIE - ADSEI	Direction générale statistique et information économique - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie
DHS	Demographic and Health Survey (enquête over demografie en gezondheid)
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile – Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
EIGE	European Institute for Gender Equality
GAMS België	Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines - België
GGOLFB	Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique
ICRH	International Centre for Reproductive Health
ILA - LOI	Initiative locale d'accueil – Lokaal Opvanginitiatief
IMT - ITG	Institut de médecine tropicale – Instituut voor Tropische Geneeskunde
INAMI - RIZIV	Institut national d'assurance maladie-invalidité - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
ISP - WIV	Institut scientifique de santé publique – Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
K&G	Kind en Gezin
MGF	Mutilations génitales féminines
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PAPFAM	Projet panarabe pour la Santé familiale
PMI	Service de protection maternelle et infantile, Frankrijk
PMS	Psychisch-Medisch-Sociaal Centrum
PRB	Population Reference Bureau
PSE	Promotion de la santé à l'école
CAR	Centraal-Afrikaanse Republiek
RDC	République démocratique du Congo
SPF - FOD	Service public fédéral – Federale Overheidsdienst
UERPOD	Union pour l'étude et la recherche sur la population et le développement
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
UPSFB	Union professionnelle des sages-femmes belges
VLOV	Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen
VGv	Vrouwelijke Genitale Verminking
VVOG	Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynæcologie
VWV	Vluchtelingenwerk Vlaanderen

1 Inleiding

Hoewel vrouwelijke genitale verminking (VGV) vooral wordt toegepast op het Afrikaans continent (minstens 27 landen), in het Midden Oosten en in sommige Aziatische en Latijns-Amerikaanse landen, zijn België en andere Europese landen die gemeenschappen uit deze landen opvangen ook betrokken. Meisjes die in België worden geboren, lopen het risico om te worden besneden ofwel in Europa, ofwel naar aanleiding van een terugkeer naar het land van herkomst tijdens de vakantie. Vrouwen die reeds besneden zijn kunnen bij Belgische gezondheidsdiensten op raadpleging komen omwille van de gevolgen van hun vrouwenbesnijdenis.

Een eerste studie (Dubourg & Richard 2010, Dubourg et al. 2011) werd gerealiseerd in 2010 op vraag van de federale minister van Volksgezondheid, Mw. Onkelinx, om een evaluatie te maken van : (1) het aantal in België wonende besneden vrouwen, (2) het aantal meisjes die in België wonen en die besnijdenis riskeren en (3) de doelpopulatie van de verschillende medisch-sociale diensten die bij vrouwelijke genitale verminkingen betrokken kunnen zijn. Deze studie werd uitgevoerd door het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen, in samenwerking met een begeleidingscomité (CVGS, Fedasil, ICRH, K&G, ONE, WIV). Zij maakten het mogelijk om voor datum van 1 januari 2008 de prevalentie van besneden vrouwen in België te ramen op 6 260 en de prevalentie van besnijdenis riskerende meisjes op 1 975. Uit de studie kon ook worden afgeleid welke provincies het meest bij deze problematiek betrokken zijn, om zo beter de opleidingen voor de gezondheidswerkers te kunnen afstemmen (Brussels Hoofdstedelijk Gewest, provincie Antwerpen en provincie Luik).

De huidige kwantitatieve studie beoogt de gegevens van de eerste studie te actualiseren. Zij beantwoordt aan de aanbevelingen van de Europese Commissie inzake verbetering van de statistieken over dit onderwerp (European Commission 2013) en ze werd op vraag van de federale minister van Volksgezondheid gevoerd door het Instituut voor Tropische Geneeskunde met de ondersteuning van een begeleidingscomité (CGRA, Fedasil, ICRH, K&G, ONE, WIV, UNHCR).

2 Vrouwelijke genitale verminking¹

2.1. Definitie en classificatie van VGV

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert vrouwelijke genitale verminking als elke ingreep die leidt tot een gedeeltelijke of volledige verwijdering van de externe geslachtsorganen van de vrouw of elke andere verwonding van de vrouwelijke geslachtsorganen toegebracht om niet-medische redenen. De WGO heeft de verminkingen in vier types onderverdeeld. (WGO 2008).

Kader 1. Types van vrouwelijke genitale verminking

Bij type 1 of clitoridectomie wordt de clitoris of de voorhuid van de clitoris gedeeltelijk of volledig weggenomen.

Bij type 2 of excisie worden de clitoris en de binnenste schaamlippen gedeeltelijk of volledig weggenomen, waarbij de buitenste schaamlippen al dan niet worden weggehaald.

Bij type 3 of infibulatie wordt de introïtus vaginae vernauwd en afgesloten door de binnenste of buitenste schaamlippen weg te halen en te hechten, met of zonder excisie van de clitoris.

Type 4 omvat alle andere schadelijke ingrepen op de vrouwelijke organen om niet-therapeutische redenen, zoals de punctie, perforatie, incisie, scarificatie en cauterisatie.

¹ Deze inleiding over vrouwelijke genitale verminkingen is een aangepaste versie van het hoofdstuk van Amy JJ en Richard F, "Les mutilations génitales féminines" (hoofdstuk 56) in "Guide de Consultation Périnatale ONE-GGOLFB", De Boeck: Brussel 2009 p524-536 (Amy & Richard 2009).

Het type verminking dat wordt uitgevoerd varieert volgens het land van herkomst en de etnische groep.

Volgens de laatste studie van UNICEF (2013), heeft meer dan één meisje op vijf een verminking van type III (infibulatie) ondergaan in Djibouti, Eritrea, Niger, Senegal en in Somalië.

2.2. Prevalentie en geografische spreiding

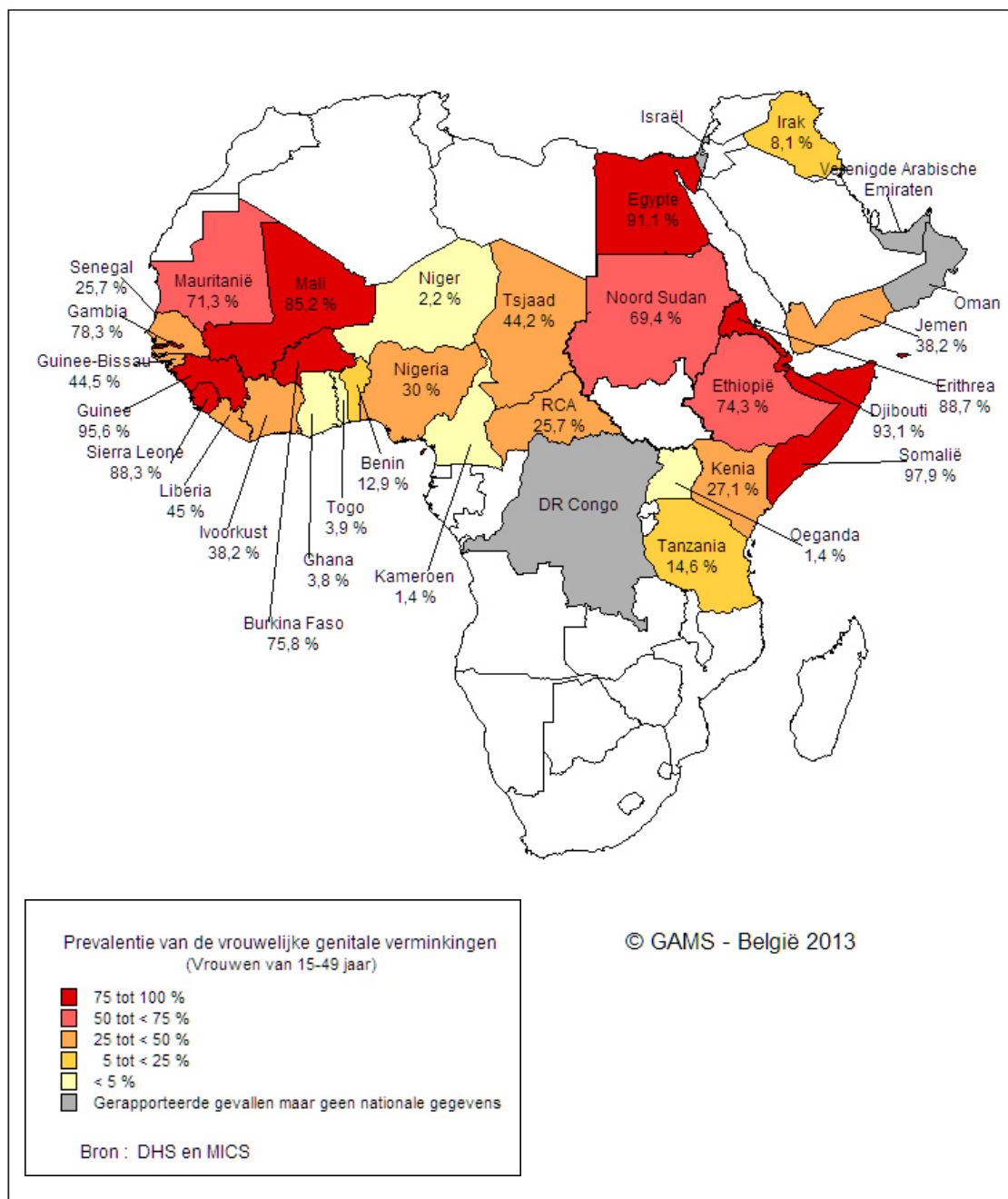
Meer dan 125 miljoen vrouwen en meisjes die nu in 29 landen in Afrika en in het Midden Oosten leven, hebben een vorm van genitale verminking ondergaan: clitoridectomie, excisie of infibulatie. Dertig miljoen meisjes riskeren hetzelfde lot binnen de 10 komende jaren. (UNICEF 2013).

Deze praktijken zijn ook in een mindere mate aanwezig in andere delen van de wereld (Azië en Latijns Amerika), maar het exacte aantal betrokken meisjes en vrouwen is onbekend wegens gebrek aan nationaal gevoerde studies.

In Afrika en in het Midden Oosten verschilt de prevalentie sterk van regio tot regio, zelfs binnen eenzelfde land. De etnische groep en het woongebied 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.

Figuur 1. Geografische spreiding en prevalentie van de vrouwelijke genitale verminkingen van type 1, 2 en 3 in Afrika en het Midden-Oosten (DHS/MICS beschikbaar op 23/12/2013)



2.3. Omstandigheden waarin VGV wordt toegepast

De leeftijd waarop vrouwelijke genitale verminking wordt toegepast, hangt af van de etnische groep en varieert van enkele dagen na de geboorte tot de volwassen leeftijd. In de helft van de landen die over nationale gegevens beschikken wordt de meerderheid van de meisjes besneden onder de leeftijd van 5 jaar. In Egypte, in de Centraal Afrikaanse Republiek, in Somalië en in Tsjaad, worden minstens 80% van de meisjes besneden tussen 5 en 14 jaar (Unicef 2013)

De meerderheid van de besnijdenissen worden uitgevoerd door traditionele besnijdsters : in Senegal is vrouwenbesnijdenis de zaak van vrouwen die behoren tot de smedenkaste (de zogenaamde « forgeronnes »). In andere gevallen is het een matrone, een traditionele

vroedvrouw die de functie van besnijdsters uitoefent.. De plaats van de man in de operatie verschilt naargelang de regio. Ook al is hij de aanstichter ervan, toch speelt hij doorgaans geen actieve rol. In Egypte en in Nigeria, kan de man (bijvoorbeeld de barbier) wel instaan voor de verminking.

Niemand legt het meisje of de adolescente uit wat er met haar gaat gebeuren. Meestal gebeurt de verminking zonder de minste anesthesie. Het meisje of de adolescente wordt door haar naasten in bedwang gehouden. Er wordt gebruik gemaakt van rudimentaire instrumenten: een mes, een scheermes, een stuk glas, enz. Een infibulatie kan 15 à 20 minuten duren. In het geval van een infibulatie wordt de wonde zonder verdoving dichtgenaaid met grove, niet steriele draad. In Somalië worden acaciadoornen gebruikt om de stompjes van de grote schaamlippen aaneen te hechten. Cataplasmen (asse, aarde, eigeel, kruiden, ...) worden vervolgens aangebracht teneinde "de littekenvorming te bevorderen" en "infectie en bloeding te voorkomen". Om ervoor te zorgen dat de grote schaamlippen aan elkaar groeien worden de onderste ledematen van het kind bijeengebonden om te voorkomen dat de dijen worden gespreid.

In sommige landen heeft men de verminking "gemedicaliseerd": ze wordt uitgevoerd door een arts of een verpleegster, eventueel in een ziekenhuiscontext (WGO 2010). Dat is bijvoorbeeld het geval in Egypte waar volgens de bevolkings- en gezondheidsenquête van 2008, 77,4% van de vrouwenbesnijdenissen bij meisjes tussen 0 en 17 jaar wordt uitgevoerd door medisch personeel. Egypte is geen alleenstaand geval en ook landen zoals Kenia of Sudan hebben hoge percentages (meer dan 40%) besnijdenissen die worden uitgevoerd door gezondheidszorgbeoefenaars (UNICEF 2013).

2.4. Redenen die worden aangevoerd om de praktijk te bestendigen

De betrokken gemeenschappen voeren meerdere redenen aan om de praktijk van VGV te verantwoorden, en vele combinaties zijn mogelijk. De aangehaalde redenen verschillen volgens het land en de etnische afkomst, maar ook binnen eenzelfde etnische groep, volgens leeftijd en geslacht (Gillette-Frenoy 1992).

Respect voor gewoonte of traditie. Zo luidt het vaakst gehoorde antwoord op de vraag : waarom besnijden ? “Het is altijd al zo gegaan, en zo gaat het nu nog steeds, dat is alles. Het is natuurlijk en normaal”.

Sociale cohesie, sociale integratie : om te zijn zoals iedereen, om niet uitgesloten te worden.

Het huwelijk : een onbesneden meisje zal geen echtgenoot vinden. Dat is, samen met het respect voor de gewoonte, één van de vaakst gehoorde antwoorden. Sommige meisjes worden voor het huwelijk opnieuw besneden als blijkt dat dat niet goed gedaan werd, of wanneer in het geval van een infibulatie het litteken spontaan is opengegaan. Sommige moeders erkennen de gevaren van VGV, maar bekennen dat het feit niet te kunnen trouwen in hun maatschappij erger is dan het risico op complicaties ingevolge VGV, en dus vinden ze dit toch nog de beste keuze voor hun dochters.

Maagdelijkheid, kuisheid, trouw : VGV worden gezien als een manier om de eer van de familie te vrijwaren, omdat men veronderstelt dat VGV seks en zwangerschap voor het huwelijk vermijdt.. In het kader van polygame huwelijken waar de echtgenoot misschien niet al zijn vrouwen zou kunnen bevredigen, en waar de vrouw dan ook gefrustreerd zou kunnen geraken en geneigd zou kunnen zijn tot een buitenechtelijke relatie, wordt VGV beschouwd als een manier om de eer van de man te vrijwaren.

Vruchtbaarheid: er bestaan veel mythen rond vruchtbaarheid. Deze praktijken worden geacht de vruchtbaarheid te bevorderen, en de overlevingskansen voor het kind te vergroten. Sommige gemeenschappen denken bij voorbeeld dat de clitoris zo groot als een penis zal worden als hij niet wordt verwijderd. Of nog, dat de clitoris een gevaarlijk orgaan is dat de man zou kunnen

kwetsen tijdens de penetratie (en hem impotent of steriel zal maken), of het goede verloop van de bevalling zou kunnen hinderen.

Verleiding, schoonheid: vooral in de etnische groepen die infibulatie toepassen wordt een wijd open vagina als lelijk ervaren. Een dichtgenaaid, gesloten en onthaard geslachtsorgaan wordt als hygiënischer beschouwd en wordt geacht de vrouw aantrekkelijker te maken.

Zuiverheid, netheid: zolang een meisje niet besneden of geïnfibuleerd is wordt zij als onzuiver en vuil beschouwd, en zullen sommige dingen haar verboden worden, zoals het klaarmaken of opdienen van het eten.

Religie: de VGV-praktijk dateert van voor de opkomst van de monotheïstische religies, inzonderheid de Islam. Hoewel noch de Koran, noch gelijk welke andere religieuze tekst de besnijdenis of de infibulatie voorschrijft, passen sommige gemeenschappen ze toe uit godsdienstige overtuiging. VGV wordt overigens ook door diverse christelijke (katholieke, protestantse, koptische), Joodse (de Ethiopische Falachas) en animistische gemeenschappen toegepast. De verschillende godsdienstige autoriteiten verschillen van mening : sommige moedigen VGV aan, andere vinden dat dit vreemd is aan religie, en nog andere strijden voor de afschaffing ervan. Wat de Islam betreft hebben hoge soennitische vertegenwoordigers zich op een internationale vergadering aan de al-Azhar universiteit in Caïro in 2006 tegen VGV uitgesproken (een fatwa die zegt dat VGV volgens het moslimrecht ongegrond is) (Andro & Lesclingand 2007). VGV van type 1 worden vaak Sunna genoemd door de moslimgemeenschappen. Sunna vertegenwoordigt voor de Islam alles wat goed is voor God, en het gebruik van deze term om over clitoridectomie te praten draagt bij tot de verwarring en tot de gedachte dat VGV een door de Islam voorgeschreven praktijk zouden zijn.

De status van de besnijdsters maakt geen deel uit van de door de bevolking ingeroepen redenen om VGV te verantwoorden. Maar we kunnen dit wel zien als een element dat de bestendiging van de praktijken bevordert. De vrouwelijke genitale verminking is namelijk een bron van inkomsten en van sociale erkenning voor de besnijdsters. Zij hebben dan ook geen reden om de praktijk stop te zetten.

2.5. Gevolgen van de vrouwelijke genitale verminking

Onmiddellijke complicaties

- Zeer intense pijn, gepaard gaande met schrik en angsten die aanleiding kunnen geven tot shocktoestand
- Bloeding die dodelijk kan zijn
- Infectie van de wonden
- Urineretentie
- Letsels aan nevenliggende organen.

Complicaties op lange termijn

- Dysmenorroe, genitale infecties, steriliteit
- Dyspareunie, seksualiteitsstoornissen (voor beide partners)
- Terugkerende urinaire infecties, dysurie, incontinentie
- Littekenpijnen, cysten, abcessen, neurinomen
- Problemen in verband met de zwangerschap en de bevalling (blokkering tijdens de arbeid, scheuren, fistels), specifiek bij vrouwen die een infibulatie hebben ondergaan

Psychologische gevolgen

De seksuele verminkingen kunnen een vrouw voor haar leven tekenen. De psychologische verwickelingen kunnen diep in het onderbewustzijn van het kind verdrongen zijn.

- Gedragsstoornissen
- Verlies van het vertrouwen in geliefden (ouderlijk verraad)
- Ongerustheid, angsten
- Depressie.

Alle types verminkingen kunnen aanleiding geven tot min of meer ernstige complicaties. Type 3 (infibulatie) is het meest ingrijpend wat betreft weggesneden weefsel en vernauwing van de vulva, en heeft ook de ergste complicaties, vooral dan op het moment van de bevalling. Bovenop de psychologische en fysische gevolgen veroorzaakt VGV ook bijkomende kosten voor het gezondheidssysteem, dat moet opdraaien voor de complicaties zoals blijkt uit een recent onderzoek van de WGO (Adam 2010)..

2.6. Nationale en internationale wetteksten over VGV

Op Europees en internationaal vlak worden er talrijke teksten aangenomen om de Staten ertoe aan te zetten om preventieve en beschermende maatregelen te nemen ten aanzien van vrouwen en meisjes die slachtoffer van deze praktijken zouden kunnen worden. De Algemene Vergadering van de Verenigde Naties heeft op 20 december 2012, met de actieve steun van België, een Resolutie aangenomen over *'Het opdrijven van de wereldwijde actie met het oog op de afschaffing van de genitale verminking bij vrouwen'*. Deze thematiek maakt expliciet deel uit van de Conventie van de Raad van Europa van 11 mei 2011 inzake de voorkoming en bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (Conventie van Istanbul), waarvan de ratificatie door België aan de gang is en dat als kader zal dienen voor het volgende nationaal plan ter bestrijding van gendergeweld. De Europese Commissie heeft onlangs, op 25 november 2013, een actieplan goedgekeurd ter voorkoming van genitale verminking in Europa, om de Lidstaten aan te zetten tot gecoördineerde en doeltreffende actie (European Commission 2013).

Wat zegt de wet in België ?

De wet verbiedt VGV in België, zoals dat in vele landen het geval is.

Zowel de ouders als het medisch en paramedisch personeel moeten worden geïnformeerd over de risico's die ze lopen als ze de wet niet naleven.

Uittreksel uit Artikel 409 van het Strafwetboek (van kracht sinds 1 april 2001)

§1. Hij die eender welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijk geslacht uitvoert, vergemakkelijkt of bevordert, met of zonder haar toestemming, wordt gestraft met gevangenisstraf van drie jaar tot vijf jaar.

De poging wordt gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot een jaar.

§ 2. Indien de verminking uitgevoerd wordt op een minderjarige of met een winstoogmerk, is de straf opsluiting van 5 jaar tot 7 jaar.

Het beroepsgeheim kan worden opgeheven om een minderjarige te beschermen.

Art 458 bis van het Strafwetboek

Art. 458bis. Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en die hierdoor kennis heeft van een misdrijf zoals omschreven in de artikelen 372 tot 377, 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425 en 426 gepleegd op een minderjarige of op een persoon kwetsbaar vanwege zijn leeftijd, een zwangerschap, partnergeweld, een ziekte, een handicap of een fysieke of mentale beperking kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, op voorwaarde dat

er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de psychische of fysieke integriteit van de kwetsbare betrokkene en hij deze integriteit zelf of met hulp van anderen niet kan beschermen of omdat er aanwijzingen zijn voor een ernstig en dreigend gevaar dat andere minderjarigen of kwetsbare personen slachtoffer zouden kunnen worden van de overtredingen vermeld in vorige artikelen en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen.

Het artikel werd recentelijk geamendeerd in die zin dat het beroepsgeheim kan worden opgeheven indien andere kinderen in de omgeving in gevaar zijn.

Art 422 bis van het Strafwetboek

Het misdrijf van verzuim hulp te verlenen aan iemand die in groot gevaar verkeert geldt voor eenieder, beroepsbeoefenaar of gewone burger, die het gevaar niet meldt waarin een meisje verkeert dat bedreigd wordt met genitale verminking, ongeacht of deze is voorzien in België of in het buitenland.

Art 21 bis van het Wetboek van strafvordering

De verjaringstermijn van 10 jaar begint pas te lopen op de dag dat het slachtoffer de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Art 10 ter van het Wetboek van strafvordering

Indien de verminking werd toegepast op een minderjarige, in België of in een ander land, kan eenieder die daaraan deelgenomen heeft in België worden vervolgd.

En op internationaal vlak ?

Er zijn meerdere internationale verdragen door België en talrijke andere landen geratificeerd:

- Internationaal verdrag inzake de eliminatie van alle vormen van discriminatie van vrouwen (13 januari 1984).
- Afrikaans Handvest inzake de rechten van de mens en de volkeren (21 oktober 1986), waartoe meer dan vijftig Afrikaanse staten zijn toegetreden.
- Internationaal verdrag inzake de rechten van het kind (1990)
- Protocol van Maputo (aangenomen in juli 2003): dit protocol komt als aanvulling op het Afrikaans Charter om de fundamentele rechten van vrouwen in Afrika te bevorderen en erover te waken dat deze rechten worden beschermd.
- Conventie van Istanbul : Conventie ter voorkoming en bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (ratificatie aan de gang)

3. Problematiek van VGV in Europa en België

3.1. *Risicokinderen*

Meisjes die in Europa geboren zijn of die op jonge leeftijd met hun ouders op het grondgebied zijn aangekomen lopen het risico te worden besneden aangezien de druk van de familie en de omgeving groot is, zelfs in Europa.

In 2006 werd er een enquête gevoerd bij Vlaamse gynaecologen (334 respondenten/724 verzonden vragenlijsten) waaruit bleek dat 58,4% van de respondenten één of meerdere verminkte vrouwen of meisjes op consultatie hadden gezien (Leye 2008). Van de 328 respondenten waren er zes geconfronteerd met een verzoek tot besnijdenis, en bij dertien waren er vragen gesteld om te weten of vrouwenbesnijdenis mogelijk was in België.

In 2007 werd er een peiling gedaan bij 254 leden van het "Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique" (GGOLFB 2009) en daaruit blijkt dat er dat jaar acht aanvragen tot besnijdenis of infibulatie werden geformuleerd. Tot op heden heeft er in België nog geen enkel proces plaatsgehad.

Minder ver in het verleden heeft een onderzoeksactie, opgezet in het kader van het Netwerk voor strategisch overleg ter bestrijding van VGV, een toename aangetoond van het aantal meldingen van in België verblijvende kinderen die besnijdenis riskeren, onder meer naar aanleiding van een terugkeer naar het land van herkomst tijdens de vakanties. (De Brouwere 2013). Er werden 52 gevallen geteld tussen 1 januari 2009 en 30 juni 2013. De meerderheid van de meldingen dateert van 2012 en 2013, en 80% van de gemelde situaties betreft meisjes die een besnijdenis riskeren.

In Frankrijk, waar diverse rechtszaken werden gevoerd en de diensten van Protection Maternelle et Infantile (PMI) gevallen van VGV gemeld hebben, stellen de artsen van PMI dan weer een duidelijke daling vast van het aantal besnijdenissen bij kinderen jonger dan zes jaar.² Deze daling wordt echter gecompenseerd door een hoger risico op VGV in de prepuberteit en de puberteit als jonge meisjes naar het land van herkomst worden teruggestuurd om te worden besneden en, vaak ook worden uitgehuwelijkt na de besnijdenis.

Voor families die in Europa wonen, kan de besnijdenis uitgevoerd worden tijdens de vakantie in het land van herkomst, tijdens een verblijf in een Europees land waar een besnijdfster clandestien werkt of door traditionele besnijdfsters naar Europa uit te nodigen.

Als de families weten dat besnijdenis bij wet verboden is in het gastland, kunnen ze die ook laten uitvoeren voor ze naar het westen emigreren. Er zijn gevallen bekend van vluchtelingen die hun dochter laten besnijden net voor ze in het gastland aankomen (Harding 2002).

In België heeft het CGVS sinds april 2008 een opvolgingsstelsel opgezet om erover te waken dat de meisjes (van 0 tot 18 jaar) die als vluchteling zijn erkend op basis van een risico op VGV niet worden besneden. Aan de familie wordt gevraagd het kind elk jaar te laten onderzoeken door een vertrouwensarts met het oog op het toekennen van een certificaat van niet-besnijdenis. Eind december 2012 waren er 435 meisjes in deze procedure ingeschreven en werd er sinds de invoering van dit opvolgingsmechanisme geen enkel geval van besnijdenis vastgesteld bij de meisjes die het vluchtelingenstatuut hadden verworven.

3.2. *Invloed van de migratie op de vrouwenbesnijdenis*

De migratie kan een aanzienlijke invloed hebben op VGV op de attitudes ten aanzien van de praktijk alsook het uitvoeren ervan. Heel wat gastlanden, waaronder België, hebben een specifieke strafwet tegen VGV. De sociale druk die wordt uitgeoefend door zowel "peers" als

² Persoonlijke mededeling van Dr Emmanuelle Piet, 6 februari 2014, Conferentie "Excision parlons-en".

door de families die in het herkomstland zijn gebleven, is echter nog steeds aanwezig voor deze migranten.

In 2010 werd er in Franstalig België een kwalitatieve studie uitgevoerd over de redenen en over de logica achter het bestendigen dan wel het afschaffen van vrouwelijke genitale verminkingen binnen de betrokken populaties van Afrikaanse herkomst (Dieleman 2010). De studie heeft aangetoond dat het besef dat de besnijdenis niet door de religie wordt voorgeschreven en dat zij geen universeel gegeven is, alsook het contact met verenigingen die opkomen tegen VGV, centrale elementen zijn om tot verandering te komen.. Dit veranderingsproces begint trouwens vaak in de landen van herkomst.

Het migratieproces kan een bewustwording teweegbrengen over de gevolgen van de besnijdenis, maar kan ook leiden tot complexe contradicties tussen de normatieve verplichtingen die bestaan in de landen van herkomst enerzijds, en die in de context van bestemming anderzijds. De ouders voelen zich tussen twee vuren staan, met enerzijds de normen en verplichtingen die bestaan in het land van bestemming en die de besnijdenis gelijk stellen met een verminking – en bijgevolg met een aantasting van de mensenrechten die door de wet moet worden bestraft – en de normen en plichten van het land van herkomst, waar men pas een goede ouder is wanneer men zich houdt aan de traditie, en dus zijn dochter laat besnijden opdat ze zou kunnen trouwen met een lid van de eigen bevolkingsgroep. Deze contradicties worden beslecht door de families, wat hen soms doet besluiten om slechts één dochter of enkele dochters in hun gezin te laten besnijden. Om de praktijk niet helemaal uit te bannen kunnen de families er ook voor kiezen om over te gaan tot besnijdenissen die minder risicovol worden geacht (via medicalisering) of die minder verminkend zijn (door een minder ingrijpende vorm toe te passen).

Ongeacht het sociaaleconomisch niveau of de scholingsgraad van de familie blijft er een tendens bestaan om zich aan de leefregels, aan de gewoonten en aan het identiteitskader van herkomst te houden, om de familie te plezieren en om binnen de maatschappij van herkomst niet te worden gemarginaliseerd – inzonderheid om de dochters te kunnen uithuwelijken. Een kwalitatieve studie die in Frankrijk werd gevoerd heeft nochtans aangetoond dat het aantal vrouwelijke genitale verminkingen afneemt in correlatie met de sociale vooruitgang die de betrokken bevolkingsgroepen maken, en meer bepaald in correlatie met de reductie van de genderongelijkheid (zodra de vrouwen toegang krijgen tot onderwijs en tewerkstelling). Anderzijds kan het vasthouden aan de praktijken van het land van herkomst gezien worden als een extra vangnet voor de sociale groepen die in het gastland in precaire omstandigheden verkeren (Andro et al. 2009). Studies die in Zweden en in Duitsland werden gevoerd, bevestigen deze relatie tussen de niet-toepassing van VGV en de integratiegraad van de gemeenschappen in het gastland. Sommige gemeenschappen die in een gunstiger economisch klimaat geraken, die werk hebben gevonden en die goed zijn geïntegreerd in het sociaal weefsel, zijn meer geneigd om de praktijk achterwege te laten dan de minder geïntegreerde gemeenschappen (Behrendt 2011, Johnsdotter 2009).

3.3. Gezondheidsprofessionelen tegenover besneden vrouwen

De gezondheidsprofessionelen worden geconfronteerd met de problematiek en weten niet altijd hoe ze moeten omgaan met de vragen van de vrouwen. In 2003 bleek uit een onderzoek in Luik bij vroedvrouwen en gynaecologen (55 respondenten/132 verzonden vragenlijsten), dat 45,5% van de respondenten één of meerdere gevallen van VGV waren tegengekomen in de loop van de voorbije twee jaren. Zeven aanvragen tot her-infibulatie werden gerapporteerd en vijf werden uitgevoerd (Mager 2003).

Van de 168 respondenten op de enquête bij Vlaamse gynaecologen die geconfronteerd werden met één of meerdere vrouwen die een infibulatie hadden ondergaan, was er 27% aan wie werd gevraagd om een her-infibulatie uit te voeren: 18 gynaecologen hebben ze gedaan, waaronder 7 totale her-infibulaties (Leye 2008).

4. Huidige studiekennis inzake prevalentie van VGV in Europa

Er werden al prevalentiestudies gerealiseerd in België, Frankrijk, Zwitserland, Engeland en Wales, in Ierland, Italië en Nederland, in Hongarije en in Duitsland (Dubourg et al 2011, Andro 2007, Thierfelder 2003, Dorkenoo et al. 2007, Akidwa 2013, Fondazione L'Albero della Vita 2011, Colombo 2010, Degani 2009, Exterkate 2013, Kószeghy 2012, Gruber & Kalthegener 2007).

Het Hoog Commissariaat voor de Vluchtelingen van de Verenigde Naties (UNHCR) heeft een studie gepubliceerd met een raming van het aantal asielaanvraagsters in de Europese Unie die potentieel getroffen kunnen worden door vrouwelijke genitale verminking, zodanig dat er rekening zou kunnen worden gehouden met hun specifieke noden. Deze studie maakte gebruik van Eurostat gegevens voor de periode 2008-2012 (UNHCR 2013).

In deze studies hebben de onderzoekers op de vrouwenpopulatie afkomstig uit de landen waar besnijdenis wordt geëxerciseerd, de respectieve prevalenties toegepast die werden gerapporteerd in de Demographic and Health Surveys (DHS) die in deze landen waren gerealiseerd. Het belangrijkste mankement van deze techniek is dat VGV eerder een etnische kwestie dan wel een nationaliteitskwestie is, en dat we niet beschikken over informatie m.b.t. de etnische afkomst van vrouwen in de bevolkingsregisters.

Er moet ook worden gekeken naar de invloed van de migratie op de besnijdenispraktijk (zie hoofdstuk 2.2). We kunnen ervan uitgaan dat een meisje dat in België is geboren of op zeer jonge leeftijd in België is aangekomen, niet blootstaat aan hetzelfde risico als een meisje dat op 10- of 15-jarige leeftijd in België is aangekomen (aangezien zij wellicht vóór haar aankomst al besneden is). De Franse onderzoekers hebben geprobeerd om verschillende categorieën van elkaar te onderscheiden: meisjes geboren in Frankrijk, meisjes aangekomen voor ze 15 waren, meisjes en vrouwen aangekomen na hun 15de jaar. Op die manier hebben ze de minimale en maximale prevalentieramingen berekend voor vrouwenbesnijdenis in Frankrijk (Andro 2007). De leeftijd bij aankomst in België kon als gegeven niet worden opgevraagd uit de nationale bevolkingsregisters en we hebben dus genoeg moeten nemen met enkel de geboorteplaats.

Een juister alternatief om de in België verblijvende populatie van besneden vrouwen te ramen zou erin bestaan, de prevalenties toe te passen die worden waargenomen bij vrouwen die in België asiel vragen. Deze prevalenties zouden kunnen worden verkregen ofwel door een punctueel onderzoek in de opvangcentra, ofwel door de routinegegevens te noteren in de medische dossiers van de opvangcentra indien in de toekomst vragen rond VGV worden meegenomen in de anamnese. Dit was het voorwerp van een aanbeveling naar aanleiding van het eerste onderzoek maar op dit vlak is er sinds 2010 bij de medische intake (medisch onderzoek bij aankomst in de opvangcentra) geen voortgang gemaakt.

De waargenomen prevalentiegegevens zijn momenteel nog niet beschikbaar en dus hebben we besloten de prevalenties van de Demographic and Health Surveys (DHS) en de Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) toe te passen per leeftijdscategorie. Dit is namelijk de meest precieze schatting die we hebben. Deze methode wordt ook aanbevolen in de rapporten van EIGE en UNICEF, wegens gebrek aan preciezere gegevens over de etnische herkomst (EIGE 2012, UNICEF 2013).

5. Doelstellingen

5.1. *Algemene doelstelling*

Deze kwantitatieve studie beoogt de gegevens van 2007 over de prevalentie van vrouwelijke genitale verminking in België te actualiseren.

5.2. *Specifieke doelstellingen*

- Een raming doen van het aantal besneden vrouwen die op Belgisch grondgebied verblijven
- Een raming doen van het aantal meisjes die vrouwenbesnijdenis riskeren en die op Belgisch grondgebied verblijven
- Een raming doen van de doelgroep van de verschillende medisch-sociale diensten die betrokken zijn bij VGV.

6. Methodologie

6.1. *Verloop van het onderzoek*

Het onderzoek werd toevertrouwd aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen met de ondersteuning van een begeleidingscomité. Het comité heeft gewerkt via mailuitwisselingen en is bijeengekomen voor de validering van de methodologie en van de resultaten op 20 december 2013.

De hoofdonderzoekers waren Dominique Dubourg en Fabienne Richard van het Instituut voor Tropische Geneeskunde.

Het begeleidingscomité bestond uit (in alfabetische volgorde):

- Valentine Audate, Commissariaat-generaal voor vluchtelingen en staatlozen, CGVS.
- Rita Eggermont, Kind & Gezin (K&G)
- Martine Hendrickx, Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers, Fedasil
- Els Leye, International Centre for Reproductive Health (ICRH)
- Sophie Maes, Wereldgezondheidsorganisatie, Bureau Europa (WGO)
- Samuel Ndamè, Office de la Naissance et de l'Enfance, ONE
- Frances Nicholson, Hoog Commissariaat voor Vluchtelingen van de Verenigde Naties (UNHCR)

6.2. Profiel en taken van de hoofdonderzoekers

Dominique Dubourg, geneesheer, demograaf: compilatie van de gegevens van de ADSEI en andere bronnen, realisatie van de verschillende ramingen vanuit de prevalenties in de bevolkings- en gezondheidsstudies, cartografie, redactie van het voor- en eindrapport.

Fabienne Richard, vroedvrouw, MSc, PhD, expert inzake VGV : coördinatie van het onderzoek, contact met het begeleidingscomité en met de FOD Volksgezondheid, actualisering van de literatuur, redactie van het voor- en eindrapport.

Kader 1. Tijdslijn van de studie

Periode	Activiteiten
September - november 2013	Gegevensgaring ONE, K&G, Fedasil (Dienst Vreemdelingenzaken), ADSEI
December 2013	Analyse van de gegevens Preliminare resultaten Validering door het begeleidingscomité op 20 december 2013
Januari – maart 2014	Redactie eindrapport (korte en lange versie) Vertaling (FR/NL)

Deze tijdslijn heeft aanzienlijke vertraging opgelopen door de laattijdige ontvangst van de gegevens van ADSEI, waartoe Dr. Dubourg pas eind november 2013 toegang heeft gekregen.

6.3. Gegevensbronnen

Wij hebben verschillende gegevensbronnen gebruikt.

De eerste bestond uit de databank verstrekt door de **Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie** (ADSEI) van de FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie (gegevens van het rijksregister).

Daarnaast hebben we voor de Vlaamse Gemeenschap gegevens van **Kind & Gezin** opgevraagd en voor de Waals-Brusselse Federatie gegevens van de **Office de la Naissance et de l'Enfance** (ONE).

Deze gegevens werden aangevuld met informatie aangereikt door de Dienst Vreemdelingenzaken en Fedasil.

De algemene prevalenties van de besnijdenissen en de prevalenties per leeftijdscategorie werden samengebracht aan de hand van de recentste **Demographic and Health Surveys** (DHS) en **Multiple Indicator Cluster Surveys** (MICS), die op 23 december 2013 gepubliceerd werden.

Deze nieuwe studie maakt gebruik van dezelfde methodologie als de eerste, gepubliceerd in 2010 met gegevens op 1 januari 2008. De gebruikte gegevens zijn echter vollediger en preciezer op vier punten :

1. De eerste verandering is de inclusie van Irak als land waar VGV wordt toegepast, meer bepaald Iraaks noordelijk Koerdistan. Dit was al lang gekend maar bij de vorige studie was het niet mogelijk geweest om de vrouwen uit dit land mee te nemen in de ramingen want er was voor dit land geen enkele prevalentiestudie beschikbaar. In 2012 werden de VGV-prevalentiegegevens in Irak voor het jaar 2011 bekendgemaakt in een MICS studie³. Deze recente VGV-prevalentiegegevens werden meegenomen in de prevalentiestudie van 2013.
2. Een tweede verbetering betreft de gegevens over de asielaanvragers die niet in de bevolkingsregisters zijn geregistreerd. Voor de eerste prevalentiestudie was er een vragenlijst gestuurd naar de centra van het opvangnetwerk voor asielzoekers om het aantal meisjes en vrouwen uit de betrokken landen te tellen, maar sommige gegevens van de LOI's (Lokale Opvanginitiatieven, beheerd door de OCMW's) en van het

³ Central Statistics Organization and Kurdistan Regional Statistics Office of Iraq. Iraq Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2011.

opvangnetwerk van het Rode Kruis waren onvolledig (Jaoui, 2009). Voor de huidige studie heeft de Dienst Vreemdelingenzaken exhaustieve gegevens aangeleverd over de vrouwen en meisjes die in 2012 België asiel hebben aangevraagd en Fedasil heeft de gegevens bezorgd over de meisjes zonder asielaanvraag die door het opvangnetwerk werden gehuisvest in 2012. Het aantal hier gepresenteerde asielaanvragers is misschien tegelijk onderschat en overschat. Onderschat, omdat de gegevens enkel gaan over nieuwe aanvragen ingediend in 2012 en omdat de asielaanvragers ingeschreven voor 2012, waarvan de asielprocedure nog niet is afgerond, niet meegeteld zijn. Overschat, omdat het mogelijk is dat sommige vrouwen die in 2012 hun asielaanvraag hebben ingediend, ook als asielzoeker werden aanvaard en dat ze dus in het vreemdelingenregister zijn ingeschreven, wat zou betekenen dat deze vrouwen ook meegeteld zijn in de door de ADSEI aangeleverde database.

Deze onder- of overschattingen kunnen echter niet aanzienlijk zijn want de termijnen voor het nemen van een beslissing zijn vrij lang, gemiddeld 101 dagen voor de asielaanvragen en meer dan 250 dagen voor de oudere dossiers (Kamer van Volksvertegenwoordigers 2013). De opvangduur door het Fedasil netwerk bedroeg 11.2 maanden in 2012 (Fedasil 2013). Zodra er een positieve beslissing is genomen moet men nog rekening houden met de looptijd van de administratieve procedures voor het krijgen van een witte kaart en voor de inschrijving in het vreemdelingenregister. In de mate dat de studie tot doel had om de doelpopulatie per type dienstverlening en de behoeften aan preventie- en opvangdiensten te schatten, is het totaal aantal besneden vrouwen die in 2012 werden opgevangen in een centrum van het opvangnetwerk een erg belangrijk gegeven dat gekend moet zijn om de frequentie van de problematiek binnen het opvangnetwerk te kunnen ramen.

3. Het derde punt betreft de gegevens over de tweede generatie. De gegevens aangereikt door de ONE en K&G werden aangevuld voor de vijf extra jaren sinds de laatste studie en gaan over de geboorten in België gedurende de periode 1998-2012, dus over de meisjes tussen 0 en 14 jaar die in België zijn geboren uit een moeder afkomstig uit een VGV-land, ongeacht de huidige nationaliteit van die moeder.
4. Een laatste punt betreft de actualisering van de prevalentiegegevens per leeftijd in de landen van herkomst om rekening te kunnen houden met de evolutie van de praktijk.

6.4. Beschrijving van de gegevens

6.4.1. Databank van de ADSEI

Deze gegevens hebben betrekking op de populatie vrouwen die op 31 december 2012 op het Belgische grondgebied woonden en van wie de oorspronkelijke of huidige nationaliteit overeenkomt met een land waar VGV wordt toegepast. De variabelen in deze databank zijn:

- de geboorteplaats (landcode of gemeentecode voor de personen geboren in België)
- de huidige nationaliteit
- eerste geregistreerde nationaliteit
- het geboortjaar
- provincie van verblijf op 31 december 2012.

De gegevens afkomstig van de ADSEI betreffen 35 426 vrouwen waarvan er 33 765 geboren zijn in landen waar VGV wordt toegepast, en 1661 buiten deze landen. Om dubbels te voorkomen hebben we de gegevens uitgesloten die betrekking hebben op de geboorten in België (tussen 1998 en 2012) van meisjes waarvan de huidige nationaliteit of de nationaliteit van herkomst die is van een land waar besnijdenissen worden gedaan. Deze gegevens zijn namelijk beschikbaar in de meer precieze databases van de ONE en van K&G.

Tabel 1 geeft een beeld van de spreiding van deze populatie vrouwen die in België wonen per gewest en per oorspronkelijke of huidige nationaliteit.

In 2007 waren er 18 105 meisjes en vrouwen afkomstig uit een land waar besnijdenissen gebeuren, geregistreerd in het bevolkingsregister. Nu zijn dat er 35 426 (deze cijfers houden geen rekening met in België geboren kinderen, deze gegevens staan in tabel 2 met de gegevens van de ONE en van K&G). Deze toename is deels toe te schrijven aan de inclusie van Irak (3 251 vrouwen die goed zijn voor 9% van de populatie van 35 426 vrouwen afkomstig uit een land waar vrouwenbesnijdenissen worden uitgevoerd), maar ook aan de inschrijving in het bevolkingsregister van vrouwen afkomstig uit o.a. Kameroen, Guinee, Ghana, Togo en Ivoorkust. Voor deze vijf landen zijn er 9 168 nieuwe inschrijvingen, en die vrouwen zijn goed voor 53% van de toename van de betrokken vrouwenpopulatie tussen 1998 en 2012.

Tabel 1. Spreiding van de populatie vrouwen per oorspronkelijke of huidige nationaliteit volgens het gewest van verblijf op 31 december 2012 (ADSEI-gegevens)

Oorspronkelijke of huidige nationaliteit	Gewest van verblijf				Verhoging in vergelijking met 2007
	Brussel-Hoofdstad	Vlaanderen	Wallonië	Totaal	
Benin	212	83	198	493	176
Burkina Faso	239	143	191	573	226
Kameroen	2297	1626	3074	6997	3553
Centraal-Afrikaanse Rep.	58	30	59	147	23
Ivoorkust	636	437	989	2062	811
Djibouti	245	58	114	417	151
Egypte	303	536	86	925	300
Eritrea	6	21	1	28	22
Ethiopië	235	847	265	1347	512
Gambia	14	180	16	210	87
Ghana	586	2902	341	3829	1201
Guinee	2300	857	875	4032	2765
Guinee-Bissau	55	16	15	86	13
Irak	525	2234	492	3251	3251
Kenia	74	470	70	614	209
Liberia	73	210	19	302	103
Mali	133	137	114	384	101
Mauritanië	224	100	77	401	174
Niger	256	119	189	564	328
Nigeria	416	1896	188	2500	805
Oeganda	48	164	20	232	84
Senegal	628	607	481	1716	721
Sierra Leone	131	330	32	493	186
Somalië	272	557	255	1084	413
Sudan	87	217	21	325	131
Tanzania	53	106	24	183	61
Tsjaad	109	30	63	202	53
Togo	649	451	881	1981	838
Jemen	9	26	13	48	23
Algemeen totaal	10.873	15.390	9.163	35.426	17.321

Noot: Deze tabel heeft betrekking op de meisjes geboren in het buitenland voor de min-15-jarigen en op alle vrouwen afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast, ongeacht hun geboorteland, voor de meisjes en vrouwen van 15 jaar en ouder.

6.4.2. Gegevens van K&G en de ONE

Deze instellingen hebben ons de geboortegegevens verschaft van de meisjes en jongens van wie de moeder afkomstig is uit een land waar de besnijdenis wordt toegepast, ongeacht de huidige nationaliteit van de moeder. De gegevens over alle geboortes samen (10 433 meisjes en 10 498 jongens) zullen gebruikt worden in hoofdstuk 8.1.3 van dit document waar de risicobevingen worden geanalyseerd. In de andere analyses zullen we ons enkel baseren op de gegevens over de geboortes van meisjes.

Deze gegevens, gerangschikt per land van herkomst van de moeder, hebben betrekking op de periode tussen 1998 en 2012 en geven ons niet alleen informatie over de jonge meisjes van vreemde origine die in België geboren zijn, maar ook over jonge meisjes die geboren zijn met de Belgische nationaliteit en van wie de moeder, die afkomstig is uit een land waar VGV wordt toegepast, de Belgische nationaliteit droeg bij de geboorte van haar kind. Dit zijn gegevens die niet in het ADSEI-bestand beschikbaar zijn.

Tabel 2. Geboortes in België van meisjes van wie de moeder afkomstig is uit een land waar VGV wordt toegepast, volgens het land van herkomst van de moeder en de huidige leeftijd (Bronnen: K&G en de ONE, jaren 1998-2012)

Land van herkomst van de moeder	Leeftijdscategorieën			Totaal
	0-4	5-9	10-14	
Benin	54	24	7	85
Burkina Faso	66	32	11	109
Centraal-Afrikaanse Rep.	14	8	10	32
Djibouti	59	27	1	87
Egypte	171	105	40	316
Eritrea	14	5	4	23
Ethiopië	111	44	25	180
Gambia	45	23	6	74
Ghana	691	420	156	1267
Guinee	1036	382	86	1504
Guinee-Bissau	9	3	1	13
Irak	451	194	66	711
Ivoorkust	260	116	43	419
Jemen	11	6	0	17
Kameroen	945	430	149	1524
Kenia	63	40	25	128
Liberia	44	42	22	108
Mali	59	33	18	110
Mauritanië	68	44	59	171
Niger	215	92	112	419
Nigeria	570	412	155	1137
Oeganda	27	18	7	52
Senegal	267	142	61	470
Sierra Leone	103	86	36	225
Somalië	236	139	87	462
Sudan	51	55	9	115
Tanzania	40	16	14	70
Togo	295	179	64	538
Tsjaad	33	21	13	67
Totaal	6.008	3.138	1.287	10.433

6.4.3. Gegevens van de Dienst Vreemdelingenzaken en Fedasil

De gegevens van de Dienst Vreemdelingenzaken betreffen de vrouwelijke populaties die in 2012 in België asiel hebben aangevraagd en de gegevens van Fedasil betreffen de meisjes die zich als niet begeleide minderjarige vreemdeling op het Belgisch grondgebied bevinden, die geen asiel hebben aangevraagd en die in 2012 werden opgevangen in het opvangnetwerk van Fedasil.

Om coherent te zijn met de andere informatiebronnen hebben wij voor onze studie enkel rekening gehouden met meisjes die geboren zijn vóór 2012.

Vergeleken bij 2007 stellen we een aanzienlijke toename vast van het aantal asielaanvraagsters uit landen waar VGV wordt toegepast. De landen die voor deze toename het meest verantwoordelijk zijn, zijn Guinee (33% van de toename), Irak (16% van de toename) en in mindere mate Somalië (9,3% van de toename). Deze toename is deels toe te schrijven aan de inclusie van Irak en deels aan het feit dat de gegevens vanwege de Dienst Vreemdelingenzaken exhaustief zijn, wat niet het geval was in 2007.

Tabel 3. Vrouwen in het opvangnetwerk die afkomstig zijn uit een land waar VGV wordt toegepast, per huidige nationaliteit (Bron : Dienst Vreemdelingenzaken en Fedasil, 2012)

Land van herkomst	Aantal vrouwen
Benin	19
Burkina Faso	38
Centraal-Afrikaanse Rep.	6
Djibouti	72
Egypte	26
Eritrea	39
Ethiopië	30
Gambia	10
Ghana	18
Guinee	755
Guinee-Bissau	2
Irak	264
Ivoorkust	85
Jemen	8
Kameroen	186
Kenia	22
Liberia	5
Mali	23
Mauritanië	44
Niger	19
Nigeria	117
Oeganda	16
Senegal	112
Sierra Leone	11
Somalië	193
Sudan	24
Tanzania	22
Togo	60
Tsjaad	7
Totaal	2.233

6.4.4. De prevalentie van VGV per land

Om onze schattingen uit te voeren hebben wij gebruik gemaakt van de prevalenties waarvan sprake in de laatste nationale studies die op 23 december 2012 gepubliceerd werden. De twee voornaamste informatiebronnen zijn de Demografische en Gezondheidsonderzoeken (DHS: *Demographic and Health Surveys*) en de *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS).

Twee nieuwe MICS werden respectievelijk in 2010 en in 2011 uitgevoerd voor Mali en Mauritanië. De rapporten van die studies zijn niet beschikbaar op de website van Childinfo (http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html) en wij hebben dus geen gebruik kunnen maken van de prevalenties per leeftijd voor deze studie. Het rapport 2013 van Unicef, « *Female Genital Mutilation/Cutting. A statistical overview and exploration of the dynamics of change* », geeft aan dat de prevalentie in 2010 89% zou bedragen in Mali, en in 2011 69% in Mauritanië. In dit rapport vinden we een mogelijke verklaring voor de ogenschijnlijke toename van de prevalentie in Mali. Het verschil in prevalentie tussen de studie van 2006 en die van 2010 zou wellicht te wijten zijn aan een onderrapportering van de gevallen in 2006. De naar aanleiding van onze vorige studie berekende prevalenties alsook die, die voor deze studie werden berekend, zijn dus misschien onderschat voor Mali.

Het Unicef rapport van 2013 geeft ook prevalenties aan die verschillen van diegene die hier werden gebruikt voor twee andere landen. Voor Jemen komt de prevalentie van het Unicef rapport (23%) uit de DHS 1997, daar waar wij deze prevalentie hebben gebruikt uit het rapport van de meer recente PAPFAM studie 2003. Voor Sudan maakt het rapport van Unicef gebruik van de MICS gegevens van 2000 (88%). In onze studie hebben wij de meer recente MICS gegevens van 2006 gebruikt. Deze worden bevestigd door een nog meer recente studie (waarin de prevalenties echter niet per leeftijd zijn gesegmenteerd). Volgens deze studie (Sudan Household Health Survey, 2nd round, 2010), zou de prevalentie van vrouwelijke genitale verminkingen 65,5% bedragen. De prevalenties per leeftijd staan in Bijlage 1.

Tabel 4. De prevalentie van VGV per land (algemene prevalentie)

Land	Algemene prevalentie	Bron	Land	Algemene prevalentie	Bron
Benin	12,9	DHS 2006	Kenia	65,7	DHS 2007
Burkina Faso	75,8	DHS 2010	Liberia	85,2	DHS 2006
Centraal-Afrikaanse Rep.	24,2	MICS 2010	Mali	72,2	MICS 2007
Djibouti	93,1	MICS 2006	Mauritanië	2,2	DHS 2006
Egypte	91,1	DHS 2008	Niger	27	MICS 2011
Eritrea	88,7	DHS 2002	Nigeria	1,4	DHS 2011
Ethiopië	74,3	DHS 2005	Oeganda	25,7	DHS 2010/2011
Gambia	76,3	MICS 2010	Senegal	88,3	MICS 2010
Ghana	3,8	MICS 2011	Sierra Leone	97,9	MICS 2006
Guinee ⁴	95,6	DHS 2005	Soedan (15 noordelijke staten)	69,4	MICS 2006
Guinee-Bissau	49,8	MICS 2010	Somalië	97,9	MICS 2006
Irak	8,1	MICS 2011	Tanzania	14,6	DHS 2010
Ivoorkust	38,2	DHS 2012	Togo	3,9	MICS 2010
Jemen	38,2	DHS 1997	Tsjaad	44,2	MICS 2010
Kameroen	1,4	DHS 2004			

Bronnen : DHS/MICS beschikbaar op 23 december 2013

⁴ De DHS resultaten van 2012 voor Guinee werden officieel gepubliceerd op 30 januari 2014 en konden dan ook niet worden gebruikt voor deze studie. De prevalentie was echter niet verminderd (nationale prevalentie van 97%), wat geen significante verschillen in de raming teweeg brengt.

De prevalenties per leeftijd werden als volgt toegepast aangezien de DHS enkel tussen 15 en 49 jaar de prevalenties per leeftijdstranche van 5 jaar aangeven (BIJLAGE 1).

- De prevalentie voor de categorie van 15 tot 19 jaar werd toegepast op alle meisjes onder de 20 jaar (0-4, 5-9, 10-14, 15-19) aangezien dit de dichtst benaderende beschikbare prevalentie is.
- Voor de vrouwen tussen 20 en 49 jaar konden de specifieke prevalenties per leeftijdscategorie van 5 jaar worden toegepast aangezien deze beschikbaar zijn in de DHS of de MICS (20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49).
- Op de vrouwen van 50 jaar en ouder werd de prevalentie voor de 45- tot 49-jarigen toegepast aangezien dit de dichtst benaderende beschikbare prevalentie is.

Sommige demografische en gezondheidsstudies bevatten prevalentiegegevens voor de leeftijdscategorie van 0-14 jaar. Dat is het geval voor de DHS van de Centraal-Afrikaanse Republiek, Gambia, Senegal, Sudan en Guinee. Wij hebben er echter voor gekozen om deze prevalentiepercentages onder de 15 jaar niet toe te passen want ze zijn niet definitief aangezien sommige kinderen nog niet zijn blootgesteld aan vrouwenbesnijdenis, inzonderheid de leeftijdsklasse tussen 0 en 4 jaar. De prevalentie in de categorie 15-19 jaar die we kunnen beschouwen als quasi definitief (uitgenomen in geval van besnijdenis vlak voor het huwelijk), ligt dicht bij de realiteit van de praktijk in de jongere generaties dan de schijf van 0-14 jaar.

Aangezien er voor de laatste studies verricht in Jemen, Sudan en Liberia geen prevalenties per leeftijd voorhanden zijn, hebben wij ons op andere informatiebronnen gebaseerd:

- In Jemen geeft geen enkele studie de prevalentie per leeftijd weer. Aangezien de besnijdenis daar zeer vroeg na de geboorte wordt uitgevoerd (97 % van de meisjes worden in de eerste maand na de geboorte besneden), hebben we de algemene prevalentie op elke leeftijdscategorie toegepast.⁵
- Voor Liberia geeft de laatste DHS geen informatie over de prevalenties per leeftijd. Niettemin wordt de besnijdenis in dit land alleen toegepast binnen bepaalde geheime genootschappen (Sande bush). Als proxy van de prevalenties per leeftijd hebben we dan ook de verhouding vrouwen genomen, per leeftijd, die tot die geheime genootschappen behoren. Deze informatie was immers beschikbaar in de DHS van 2007.

Voor Sudan hebben we rekening gehouden met de prevalenties per leeftijd die gepubliceerd zijn in de MICS van 2006. Deze gegevens betreffen enkel de vrouwen die in de 15 noordelijke staten van het land wonen, en dat zijn de staten waar vrouwenbesnijdenis een alledaagse praktijk is. Het is eveneens mogelijk dat dit ook in het zuiden voorkomt, maar daar gaat het slechts over kleine, heel specifieke gemeenschappen. Wij beschikken niet over gegevens die zijn opgesplitst tussen noordelijk en zuidelijk Sudan betreffende de in België wonende vrouwelijke populatie. We hebben dan ook de in Noord Sudan waargenomen prevalentie toegepast op de totaliteit van de vrouwen afkomstig uit beide landen (Noord Sudan en Zuid Sudan). Het aantal vrouwen dat potentieel te maken krijgt met vrouwenbesnijdenis voor dit land is wellicht overschat.

6.4.5. Uiteindelijke databank

De uiteindelijke databank telt 48 092 gevallen (33 765 en 1 661 van het ADSEI-bestand, 4 147 van de ONE, 6 286 van K&G, 2 230 van de Dienst Vreemdelingenzaken en 3 van Fedasil).

⁵ Central Statistical Organization (CSO) Yemen and Macro International Inc. Yemen Demographic and Maternal and Child Health Survey 1997. Calverton, Maryland: CSO and MI; 1998.

Tabel 5. Samenstelling van de uiteindelijke studiepopulatie

Bron	Aantal vrouwen en meisjes	Beschrijving
ADSEI	33.765	Vrouwen en meisjes ingeschreven in het Rijksregister in 2012, geboren in of afkomstig uit een land waar besnijdenis wordt toegepast.
	1.661	Vrouwen en meisjes ingeschreven in het Rijksregister in 2012, geboren in of afkomstig uit een land waar besnijdenis wordt toegepast.
ONE	4.147	Aantal meisjes geboren tussen 1998 en 2012 met een moeder afkomstig uit een land waar besnijdenis wordt toegepast.
K&G	6.286	Aantal meisjes geboren tussen 1998 en 2012 met een moeder afkomstig uit een land waar besnijdenis wordt toegepast.
Dienst Vreemdelingenzaken	2.233	Aantal asielaanvragers afkomstig uit een land waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast, die in 2012 zijn geregistreerd door de Dienst Vreemdelingenzaken, en meisjes zonder begeleiding afkomstig uit een van de landen waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast, die geen asiel hebben aangevraagd en die in 2012 zijn opgevangen door het opvangnetwerk van Fedasil

Om de risicogeboortes (risicobevallingen voor de moeders) te bestuderen hebben we gebruik gemaakt van de gegevens over alle geboortes in België (10 433 meisjes en 10 498 jongens) uit moeders die afkomstig zijn uit een land waar de besnijdenis voorkomt en die voor de periode 1998-2012 bij K&G en de ONE geregistreerd zijn.

7. Bias en beperkingen van de studie

De grootste beperking van deze studie heeft, net zoals bij gelijkaardige studies, te maken met een tekort aan kennis over de etnische afkomst van de vrouwen. We weten dat de praktijk van de besnijdenis gelinkt is aan de etnische groep waartoe de vrouwen behoren en niet aan hun oorspronkelijke nationaliteit. Voor landen met een hoge prevalentie, zoals Somalië en Guinee, is de foutenmarge klein aangezien bijna de hele vrouwelijke bevolking er besneden of geïnfibuleerd is. Voor landen met een lagere prevalentie, zoals Senegal (25,7%), daarentegen, is het belangrijk om te weten tot welke etnische groep de vrouwen die naar België migreren behoren, om te weten of ze tot de risicogroep behoren. Zo passen de Peul bijvoorbeeld de besnijdenis toe, maar de Wolof niet. Als de meeste Senegalese vrouwen die in België wonen Peul zijn en niet Wolof, zal de prevalentie van de besnijdenis bij de volwassen vrouwen die in Senegal geboren zijn en later naar België gekomen zijn, dichterbij de 100% dan bij de 25,7 % liggen.

Dit rapport houdt ook geen rekening met de impact van het wettelijk verbod op VGV en de toepassing van deze wet door de overheden, noch met de impact die de migratie en het leven binnen de Europese gemeenschappen zouden kunnen hebben op de gemeenschappen afkomstig uit landen waar VGV worden toegepast. Studies hebben al aangetoond dat die invloeden wel degelijk bestaan, maar om die op een becijferde manier aan te tonen zou er een studie van de waargenomen prevalentie nodig zijn die enkel kan worden verwezenlijkt door de vrouwen afkomstig uit die landen te bevragen. Het is echter belangrijk erop te wijzen dat voor een groot deel van de hier beschouwde populatie de gedragsveranderingen die te maken hebben met migratie zonder invloed zijn, aangezien veel vrouwen die in hun land van herkomst zijn geboren in België zijn aangekomen na hun besnijdenis. Deze gedragsveranderingen kunnen enkel invloed hebben op het risico op een dergelijke vermindering voor de meisjes die in België zijn geboren of die er zijn aangekomen vooraleer ze besneden zijn.

We beschikken niet over gegevens betreffende aanwezige vrouwen zonder papieren aangezien deze in geen enkele gekende databank zijn opgenomen.

De gegevens van K&G en de ONE zijn niet altijd volledig. Soms ontbreekt er bepaalde informatie, zoals de oorspronkelijke nationaliteit van de moeder (nationaliteit van de moeder bij

haar geboorte).⁶ We konden niet beschikken over gesegmenteerde gegevens per provincies van het Gewest van 1998 en 1999, maar we hebben deze gegevens wel in totalen per gewest (Vlaanderen en Brussel-Hoofdstad). Het betreft 357 geboorten van meisjes.

8. Resultaten

Rekening houdend met enerzijds de gegevens waarover we beschikken en de mate waarin ze volledig zijn en met anderzijds de verschillende personen of instellingen die te maken krijgen met de problematiek van VGV, hebben we net als bij de eerste studie beslist om onze analyse op te splitsen op basis van bepaalde leeftijdsgroepen en de geboorteplaats.

In eerste instantie zullen we voor de verschillende leeftijdscategorieën die de doelgroepen van bepaalde instellingen of zorgverleners vormen (min-5-jarigen, 5-19 jaar, 20-49 jaar en ouder dan 50 jaar) trachten uit te maken wat de verhouding is van meisjes en vrouwen die waarschijnlijk besneden zijn of het risico lopen om besneden te worden.

In tweede instantie zullen we deze gegevens samenbrengen om een algemeen beeld te krijgen van het aantal meisjes dat het risico loopt besneden te worden en het aantal vrouwen dat waarschijnlijk besneden is, en dit volgens hun geboorteplaats.

8.1. *Schatting van het aantal meisjes/vrouwen die besneden zijn of het risico lopen besneden te worden volgens de grote leeftijdscategorieën*

8.1.1. *Meisjes jonger dan 5 jaar*

De leeftijdscategorie van meisjes onder de 5 jaar (0-59 maanden) behoort tot de doelgroep van de instellingen ter bescherming van jonge kinderen, zoals K&G, de ONE (0 tot 3 jaar) en het CLB (3 tot 6 jaar). Voor deze organisaties is het belangrijk de grootte van hun doelgroep correct te kunnen inschatten..

Om een beeld te krijgen van het aantal meisjes uit deze leeftijdscategorie die het risico lopen om besneden te worden, hebben we gebruik gemaakt van de gegevens van K&G en de ONE, die vollediger zijn dan die van de ADSEI (in die laatste gegevens werd geen rekening gehouden met de meisjes die in België met de Belgische nationaliteit geboren zijn en van wie de moeder afkomstig is uit een land waar VGV wordt toegepast en bij de geboorte van haar kind de Belgische nationaliteit had).

De gegevens van K&G en de ONE (6008 meisjes) werden aangevuld met de gegevens van de ADSEI voor de meisjes jonger dan 5 jaar die niet in België geboren zijn (582 meisjes) en met de gegevens die de Dienst Vreemdelingenzaken heeft geleverd (243 meisjes onder de 5 jaar die asiel aanvragen en die worden opgevangen door het opvangnetwerk in België).

Onder de 582 meisjes uit het ADSEI-bestand die geboren zijn buiten België, zijn er 544 geboren in een land waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast, 27 in Europa en 11 in een land in het Nabije of Midden Oosten, in Oost-Azië of in de Verenigde Staten.

In totaal waren er in België 6 833 meisjes jonger dan vijf jaar die afkomstig zijn uit een land waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast. Door op deze populatie de in de landen van herkomst waargenomen prevalentie toe te passen, kunnen we schatten dan er in 2012 een totaal van 2 493 meisjes van minder dan vijf jaar in België waren, waarvan het merendeel (88%) in België geboren zijn, en die het risico liepen om genitaal te worden verminkt. De kinderen geregistreerd door de Dienst Vreemdelingenzaken vertegenwoordigen 6% van deze risicomeisjes.

⁶ De alloctonen die in België wonen en afkomstig zijn uit een land waar VGV voorkomt, vertegenwoordigen slechts 2,5% van de totale alloctone bevolking in België. De ontbrekende gegevens over de nationaliteit van de moeder hebben dus weinig impact op onze studie.

Tabel 6. Schatting van het aantal meisjes jonger dan 5 jaar die besneden zijn of het risico lopen besneden te worden, per geboorteplaats in België, op 31 december 2012 (Bronnen: K&G, ONE en ADSEI)

Land van herkomst	Prevalentie < 5 jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel-Hoofdstad	Dienst Vreemdelingenzaken	Totaal
Benin	7,9	2	1	2	0	5
Burkina Faso	57,7	15	16	12	2	44
Centraal-Afrikaanse Rep.	17,9	2	1	0	0	3
Djibouti	89,5	12	19	26	5	62
Egypte	80,7	118	16	23	4	161
Eritrea	78,3	11	1	2	4	17
Ethiopië	62,1	112	26	13	1	152
Gambia	77,1	29	2	4	1	35
Ghana	1,5	9	1	1	0	11
Guinee	89,3	277	308	447	101	1132
Guinee-Bissau	48,4	2	2	0	0	4
Irak	4,9	19	4	3	1	28
Ivoorkust	31,3	24	35	26	2	87
Jemen	38,2	3	0	1	0	4
Kameroen	0,4	1	2	1	0	4
Kenia	14,6	7	1	2	0	10
Liberia	44	18	0	0	0	20
Mali	84,7	22	23	17	2	64
Mauritanië	68	20	5	27	5	56
Niger	1,9	1	1	2	0	4
Nigeria	18,7	95	3	13	4	115
Oeganda	1	0	0	0	0	0
Senegal	24	36	13	19	3	71
Sierra Leone	70,1	50	4	19	0	74
Somalië	96,7	142	69	33	15	258
Sudan	86,6	38	4	6	1	49
Tanzania	7,1	2	1	0	0	3
Togo	1,1	1	1	1	0	3
Tsjaad	41	4	4	7	0	14
Totaal		1.071	563	707	151	2.493

Noot: De prevalentie die werd toegepast, is de prevalentie voor de jongste leeftijdscategorie die beschikbaar was in de DHS, nl. die van 15 tot 19 jaar.

8.1.2. Kinderen en adolescenten van 5 tot 19 jaar

De leeftijdscategorie van 5 tot 19 jaar omvat meisjes die wellicht al besneden zijn en anderen die het risico lopen besneden te worden. Hoewel de gemiddelde leeftijd waar de besnijdenis wordt toegepast niet in alle landen dezelfde is, kan men ervan uitgaan dat de meisjes van 5 jaar en ouder meer kans hebben om al besneden te zijn dan de meisjes onder de 5 jaar. Dit is vooral zo voor meisjes die geboren zijn in het land van herkomst waar de praktijk nog getolereerd wordt. Bepaalde feiten waarover de pers heeft bericht en getuigenissen van humanitaire hulpverleners, doen vermoeden dat de personen die migreren hun dochter vóór de migratie laten besnijden omdat ze weten dat deze praktijk illegaal is in het gastland (Harding 2002). Hierover is nog geen enkele wetenschappelijke studie verricht en het zou de moeite waard zijn om die mogelijkheid grondig te onderzoeken.

De meisjes van 5 tot 19 jaar oud, die dus leerplichtig zijn, kunnen bereikt en begeleid worden via de diensten voor gezondheidspromotie op school: de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB's).

We gebruiken hier de ADSEI-gegevens (6 346 meisjes) voor de meisjes ouder dan 15 jaar en de meisjes geboren buiten België tussen 1998 en 2012, de gecombineerde gegevens van de ONE (1 635 meisjes) en van K&G (2 790 meisjes) voor de meisjes die tussen 1998 en 2012 in België zijn geboren, en de gegevens van de Dienst Vreemdelingenzaken (442 meisjes) en van Fedasil voor de meisjes die geen asielaanvraag hebben ingediend maar die in 2012 zijn opgevangen door het Fedasil opvangnetwerk.

Tabel 7 compileert de ramingen van de meisjes van 5-19 jaar die misschien reeds besneden zijn of die dat riskeren, vanuit de gegevens van deze vrouwelijke populaties, wat uitkomt op een totaal van 11 213 meisjes waarvan de oorspronkelijke of huidige nationaliteit die is van een land waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast. Als we de prevalentie van de leeftijdscategorie van 5-19 jaar toepassen op die populatie, kunnen we ervan uitgaan dat 3.887 jonge meisjes en adolescenten misschien al besneden zijn of het risico lopen om besneden te worden.

Van deze 3.887 meisjes zijn er 52% (2010 meisjes) geboren in een land waar VGV wordt toegepast, en deze groep heeft dus een groter risico om reeds besneden te zijn. Diegene die zijn geboren in België (37%, of 1 428 meisjes) of in een land waar vrouwenbesnijdenis niet voorkomt (4%, of 168 meisjes) worden beschouwd als niet-besneden en riskeren te worden verminkt. De meisjes met een asielaanvraag, of zonder asielaanvraag maar opgevangen in het Fedasil opvangnetwerk (280 meisjes) vertegenwoordigen 7% van deze populatie van de meisjes die misschien reeds verminkt zijn of die dat risico lopen.

Tabel 7. Schatting van de populatie meisjes en adolescenten van 5 tot 19 jaar die besneden kunnen zijn of het risico lopen besneden te worden, per geboorteplaats op 31 december 2012 (Bronnen: ADSEI, K&G, ONE)

Land van herkomst	Prevalentie 5-19 jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel-Hoofdstad	Dienst Vreemdelingenzaken	Totaal
Benin	7,9	2	2	4	0	8
Burkina Faso	57,7	21	16	20	3	61
Centraal-Afrikaanse Rep.	17,9	3	2	2	0	7
Djibouti	89,5	16	28	43	21	107
Egypte	80,7	153	13	52	6	224
Eritrea	78,3	18	1	4	6	29
Ethiopië	62,1	199	87	25	0	311
Gambia	77,1	39	3	5	0	46
Ghana	1,5	13	1	2	0	16
Guinee	89,3	246	268	766	155	1436
Guinee-Bissau	48,4	1	2	4	0	8
Irak	4,9	41	8	9	3	61
Ivoorkust	31,3	41	73	43	3	161
Jemen	38,2	3	2	0	3	8
Kameroen	0,4	2	3	2	0	7
Kenia	14,6	17	1	2	0	22
Liberia	44	38	2	15	1	55
Mali	84,7	35	23	30	5	93
Mauritanië	68	52	20	51	6	130
Niger	1,9	3	1	2	0	6
Nigeria	18,7	113	7	28	4	152
Oeganda	1	0	0	0	0	1
Senegal	24	47	25	42	2	116
Sierra Leone	70,1	119	4	38	1	163
Somalië	96,7	277	115	74	54	520
Sudan	86,6	68	6	29	5	107
Tanzania	7,1	3	0	0	0	4
Togo	1,1	2	3	2	0	7
Tsjaad	41	2	8	14	1	24
Totaal		1.574	725	1.308	280	3.887

Noot: de prevalentie die werd toegepast voor de 5-19-jarigen is de prevalentie van de DHS voor de 5-19-jarigen aangezien de jongere leeftijdscategorieën niet in de DHS zijn opgenomen.

8.1.3. Vrouwen van 20-49 jaar

De leeftijdscategorie van 20 tot 49 jaar bestaat uit vrouwen die besneden zijn en in de reproductieve leeftijdscategorie zitten, en is vooral interessant voor vroedvrouwen en verloskundigen die de soms gecompliceerde bevallingen zullen moeten begeleiden.

Wij hebben ons niet gebaseerd op de klassieke leeftijdscategorie van 15-49 jaar (vrouwen van geslachtsrijpe leeftijd) omdat het vruchtbaarheidscijfer bij de min-20-jarigen in België vrij laag ligt (3,6% van de geboortes bij vrouwen van vreemde nationaliteit en 2,5% van de geboortes bij moeders van Belgische nationaliteit in 2007)⁷.

Het is de bedoeling om een schatting te maken van de specifieke doelgroep van de diensten verloskunde en de kraamklinieken die geconfronteerd kunnen worden met obstetrische of gynaecologische complicaties.

Tabel 8 compileert de ramingen gedaan vanuit ADSEI-gegevens, namelijk 25 732 vrouwen van 20 tot 49 jaar afkomstig uit een land waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast. Bij deze cijfers moeten de ramingen worden bijgeteld die zijn gedaan vanuit de gegevens aangereikt door de Dienst Vreemdelingenzaken en die 1 463 vrouwen betreffen. Als we de VGV prevalenties toepassen van elke leeftijdscategorie in de landen van herkomst, kan men ervan uitgaan dat deze 9 846 vrouwen waarschijnlijk besneden zijn. Van deze vrouwen zijn er 827 (8%) asielaanvrager, de andere leven officieel in België en zijn geboren in een land waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast (8 851, of 88%) of in een land waar geen vrouwenbesnijdenis voorkomt (368, of 4%).

Tabel 8. Populatie vrouwen (20-49 jaar) die waarschijnlijk besneden zijn, per leeftijdscategorie en per Gewest, op 31 december 2012 (Bronnen: ADSEI en Vreemdelingenzaken)

Land van herkomst	Vlaanderen	Wallonië	Brussel-Hoofdstad	Dienst Vreemdelingenzaken	Totaal
Benin	9	21	23	2	55
Burkina Faso	99	126	149	22	397
Centraal-Afrikaanse Rep.	5	12	11	1	30
Djibouti	38	72	163	36	309
Egypte	377	56	172	11	616
Eritrea	4	0	1	23	27
Ethiopië	350	68	130	20	568
Gambia	107	10	9	7	133
Ghana	98	10	18	1	127
Guinee	627	560	1559	438	3185
Guinee-Bissau	7	6	21	1	33
Irak	116	25	27	14	183
Ivoorkust	136	311	202	26	675
Jemen	8	3	2	0	14
Kameroen	20	37	29	2	88
Kenia	120	18	17	5	160
Liberia	111	11	36	1	160
Mali	92	67	81	13	253
Mauritanië	61	37	120	20	238
Niger	2	3	5	0	11
Nigeria	506	44	99	21	669
Oeganda	2	0	1	0	3
Senegal	121	100	127	24	373
Sierra Leone	220	25	90	7	343
Somalië	365	142	183	110	799
Sudan	145	15	51	14	225
Tanzania	14	4	8	3	28

⁷ Bron: Geboortes volgens de leeftijd en de nationaliteit van de moeder, ADSEI, 2009.
<http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/>

Togo	16	31	25	2	74
Tsjaad	12	21	35	2	71
Totaal	3.788	1.839	3.392	827	9.846

Noot: De prevalenties die werden toegepast zijn de prevalenties per leeftijdscategorie van de DHS, die in detail in bijlage 1 terug te vinden zijn.

Uit deze populatie vrouwen van 20 tot 49 jaar die waarschijnlijk besneden zijn, worden jaar na jaar meer kinderen geboren naarmate deze migranten in aantal toenemen (ONE & K&G).

Aan de hand van de databanken van K&G en ONE kunnen we een schatting maken van het aantal bevallingen van besneden vrouwen in België per jaar en op die manier de betrokken gezondheidswerkers op de hoogte brengen van de behoeften aan behandeling. Deze twee instellingen hebben ons enkel informatie verschaft over levende geboorten. We hebben dus geen informatie over de doodgeboorten⁸.

Aangezien zwangere vrouwen een speciale doelgroep vormen voor zowel K&G, ONE en de diensten verloskunde, hebben wij voor de jaren 1998 tot 2012 alle geboortes van meisjes en jongens samengebracht van wie de moeders een oorspronkelijke nationaliteit hebben die overeenkomt met een land waar VGV wordt toegepast. We hebben geen gegevens over geboortes van jongens uit moeders van Iraakse herkomst voor de jaren 1998 tot 2009. In dezelfde tijdspanne zijn er 261 meisjes geboren uit een moeder van Iraakse oorsprong en uitgaande van de hypothese dat er in die periode evenveel jongens geboren zijn, en na toepassing van de VGV-prevalentie in Irak, kunnen we rammen dat er in Tabel 9 voor alle jaren tussen 1998 en 2009, 2 geboortes ontbreken voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en 19 geboortes voor het Vlaams Gewest.

Dit aantal geboortes neemt toe, doordat ook het aantal geslachtsrijpe migranten toeneemt. Bijna 70% van deze geboorten betreffen vier landen : Guinee, Somalië, Nigeria en Egypte, met respectievelijk 44,9%, 11,1%, 6,8% en 6,1% van de geboorten in 2012.

Tabel 9. Aantal levende geboortes uit waarschijnlijk besneden moeders die in België wonen, tussen 1998 en 2012, per jaar en per Gewest van verblijf (Bronnen: K&G en de ONE)

Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel-Hoofdstad	Totaal
1998	49	17	37	103
1999	91	22	26	139
2000	123	21	46	190
2001	139	25	74	237
2002	146	38	84	268
2003	190	28	158	375
2004	245	52	166	464
2005	230	22	186	438
2006	263	69	188	521
2007	304	70	215	589
2008	320	108	213	640
2009	378	166	253	797
2010	430	192	293	916
2011	482	276	290	1048

⁸ Het koninklijk besluit van 17 juni 1999 omschrijft doodgeboorte als “elke foetale sterfte indien het gewicht bij de geboorte gelijk of hoger is dan 500 g (of indien het gewicht bij de geboorte niet gekend is, die de overeenstemmende zwangerschapsduur (22 volle weken) of de overeenstemmende lichaamslengte (25 cm van kruin tot hiel)) heeft bereikt”.

2012	606	293	305	1203
Totaal	3997	1398	2533	7928

Om een schatting te maken van de risicogeboortes hebben wij ons gebaseerd op de gemiddelde prevalentie in de bevolking in het land van herkomst (DHS-gegevens) aangezien wij geen cijfers over deze geboortes hebben die opgesplitst zijn op basis van de leeftijd van de moeder bij de geboorte. Het aantal waarschijnlijk besneden vrouwen die in België bevallen neemt sinds 1998 constant toe, vooral in Vlaanderen (ONE & K&G). Deze grotere toename in Vlaanderen zou kunnen verklaard worden door de verhuis van een aanzienlijk aantal vrouwen van Guineese afkomst die uit Brussel zijn weggegaan om zich in Vlaanderen te vestigen. De hoge prevalentie van VGV in Guinee en het feit dat deze vrouwen een hoge vruchtbaarheid vertonen, kunnen deze verschillen deels verklaren. De toename van het aantal geboorten in Vlaanderen is ook toe te schrijven aan de toename van de populatie (en dus van het aantal geboorten) van vrouwen van Somalische afkomst, en Somalië is een land waar de prevalentie van VGV ook erg hoog is (ONE & K&G).

8.1.4. Vrouwen van 50 jaar en ouder

De leeftijds categorie van 50-plussers omvat de vrouwen bij wie er, hoewel ze niet meer het slachtoffer kunnen worden van complicaties bij een bevalling, toch nog laattijdige complicaties kunnen optreden die nog veel te weinig bestudeerd worden (prolaps, incontinentie, ...). Dit geldt vooral voor geïnfecteerde vrouwen die tijdens hun bevallingen verschillende desinfecties en re-infecties hebben ondergaan die het perineum fragieler maken.

Deze vrouwen die geen beroep meer doen op diensten voor prenatale raadplegingen krijgen zelden nog de gelegenheid tot een gynaecologisch onderzoek en hun huisartsen zullen waakzaam moeten zijn voor laattijdige complicaties van de vrouwelijke genitale verminkingen (Public Health Agency of Canada, 2007).

Tabel 10. Waarschijnlijk besneden vrouwen van 50 jaar en ouder, per gewest van verblijf, op 31 december 2012 (Bron: ADSEI - Vreemdelingenzaken)

Land van herkomst	Prevalentie	Vlaanderen	Wallonië	Brussel-Hoofdstad	Dienst Vreemdelingenzaken	Totaal
Benin	15,8	1	4	3	0	8
Burkina Faso	89,3	6	12	25	3	46
Centraal-Afrikaanse Rep.	33,8	1	1	3	0	6
Djibouti	94,4	7	11	33	5	56
Egypte	96	56	14	61	2	133
Eritrea	95	0	0	0	1	1
Ethiopië	80,8	30	3	32	2	67
Gambia	79	9	0	1	0	10
Ghana	6,4	16	5	8	0	28
Guinee	99,5	16	26	66	12	119
Guinee-Bissau	50,3	0	1	4	0	5
Irak	10,3	21	6	11	3	42
Ivoorkust	46,9	9	26	24	1	61
Jemen	38,2	0	1	1	0	2
Kameroen	2,4	2	5	4	0	12
Kenia	48,8	15	1	6	0	22
Liberia	85,4	10	2	9	0	20
Mali	85,8	14	5	12	0	31
Mauritanië	77,8	2	3	10	0	16
Niger	2,8	0	0	0	0	1
Nigeria	38	26	3	16	1	46
Oeganda	1,9	0	0	0	0	1
Senegal	28,5	13	8	13	0	34

Sierra Leone	96,4	11	2	9	1	22
Somalië	99,1	43	27	41	10	120
Sudan	90,5	14	2	14	1	31
Tanzania	21,5	2	1	2	0	5
Togo	6,7	2	5	4	0	11
Tsjaad	47,6	2	2	10	0	13
Totaal		328	177	423	41	970

Noot: De prevalentie die werd toegepast, is de prevalentie voor de dichtst benaderende leeftijdscategorie die in de DHS beschikbaar was, nl. die van 45 tot 49 jaar.

In 2012 waren er in België 2 851 vrouwen ouder dan 50 afkomstig uit deze landen (waarvan 85 asielaanvragers). Door de VGV prevalentie in het land van herkomst toe te passen, schatten we dat er in 2012 in België 970 vrouwen van 50 jaar en ouder waren die wellicht VGV hebben ondergaan, en de meerderheid van deze vrouwen (92%) zijn geboren in een land waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast. Een klein aantal van hen (41, of 4%) heeft asiel aangevraagd.

8.2. Globale schatting van het aantal meisjes en vrouwen die besneden zijn of het risico lopen besneden te worden

Wij hebben de populatie opgedeeld in twee categorieën, op basis van de geboorteplaats. Aangezien we niet weten op welke leeftijd de betrokkenen naar België zijn gemigreerd (deze variabele is niet beschikbaar bij ADSEI), konden we geen onderscheid maken, zoals bij de Franse studie gebeurde (Andro & Lesclingand 2007), tussen het risico dat de meisjes lopen die vóór hun 15e naar ons land zijn gekomen en het risico dat de meisjes lopen die pas na hun 15e naar België zijn gekomen.

De eerste categorie omvat de vrouwen die geboren zijn in een land waar de besnijdenis wordt toegepast. Men neemt aan dat de in België wonende meisjes en vrouwen afkomstig uit deze landen volgens dezelfde prevalentiepercentages besneden zijn als in hun land van herkomst. Op deze populatie werden de prevalenties per leeftijd in het land van herkomst toegepast.

De tweede categorie omvat de meisjes en vrouwen die in België geboren zijn of die niet geboren zijn in een land waar de besnijdenis wordt toegepast. Men gaat ervan uit dat deze meisjes en vrouwen het risico lopen om besneden te worden, vooral de jonge meisjes die voor een vakantie naar hun land terugkeren. Op deze populatie werden de prevalenties per leeftijd in het land van herkomst toegepast. Ook al zullen niet al deze meisjes op termijn besneden worden, vormen ze toch een doelgroep voor preventieacties en een raming van hun aantallen is van belang voor de medisch-sociale actoren.

Dit onderscheid in het risico dat de meisjes lopen, dat gemaakt wordt op basis van de geboorteplaats, heeft zijn beperkingen:

- omdat we elk meisje dat geboren is in een land waar VGV wordt toegepast als reeds besneden beschouwen (als de prevalenties van de DHS eenmaal zijn toegepast): de leeftijd waarop de meisjes besneden worden, varieert naargelang de etnische groep waartoe ze behoren, en naargelang het land (van de eerste levensjaren tot de volwassen leeftijd, tot het huwelijk of de bevalling). Het is dus heel waarschijnlijk dat jonge meisjes die op jonge leeftijd onbesneden in België zijn aangekomen intact blijven, vooral wanneer de ouders asiel hebben gekregen omdat hun dochttertje het risico zou lopen om besneden te worden bij terugkeer naar hun land van herkomst. Deze meisjes vallen onder het opvolgingssysteem dat door het CGVS werd opgezet (jaarlijks onderzoek van de uitwendige geslachtsorganen door een vertrouwensarts). In 2012 werden er 490 dossiers behandeld door het CGVS waarbij er melding werd gemaakt van het risico op VGV in het land van herkomst voor de aanvragerster zelf of voor haar dochter (CGVS, 2012). Van deze vrouwen kwamen er 328 uit Guinee, een

land waar de praktijk extreem wijdverspreid is (96% algemene prevalentie)⁹. Het CGVS heeft omwille van het risico op VGV aan 36 vrouwen asiel verleend in 2006, 47 in 2007, 100 in 2009, 112 in 2010, 260 in 2011 en 206 in 2012 (of 42% in 2012) (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2012, CGVS, 2013).

- omdat we ervan uitgaan dat elk meisje dat in België uit een besneden moeder geboren wordt het risico loopt om besneden te worden: er zijn indicaties dat illegale besnijdenissen worden uitgevoerd in Europa (Frankrijk, Engeland, Italië, Zwitserland) die uitgevoerd werden door medisch personeel of traditionele besnijders (Andro et al 2009, Black & DeBelle 1995, Jager et al 2002, Grassivaro Gallo 1998, Leye 2006), alsook bewijzen van jonge meisjes die tijdens de vakantie in hun land van herkomst besneden worden (Mc Veigh, 2010). Men kan dus stellen dat meisjes die in België geboren zijn, van een besneden moeder, waarschijnlijk besneden zijn, zoals het geval is in Frankrijk (Andro et al 2009b). Bepaalde studies tonen echter aan dat de gemeenschappen die in Europa wonen gemakkelijker kunnen weerstaan aan de sociale druk om hun dochters te laten besnijden dan de gemeenschappen die in Afrika wonen. Men kan dus veronderstellen dat de prevalentie van besnijdenis bij de tweede generatie lager is dan die in het land van herkomst (Johnsdotter 2002) maar verdere studies zijn nodig om dit te bevestigen.

Het is mogelijk dat sommige meisjes die we in de groep van ‘besneden meisjes’ hebben ondergebracht, intact zijn en dat sommige meisjes die we in de ‘risicogroep’ hebben ondergebracht al besneden zijn. Maar het totale aantal meisjes en vrouwen die besneden zijn en het risico lopen besneden te worden, blijft wel hetzelfde.

Figuur 1. Schatting van het aantal meisjes en vrouwen die in België wonen en die al besneden zijn of die het risico lopen het slachtoffer te worden van VGV, op 31 december 2012

	Geboren in een land waar VGV wordt toegepast	Geboren in een land waar VGV niet wordt toegepast*
Niet besneden en geen risico	22 886	8 010
Zeer waarschijnlijk besneden of risico op VGV	13 112 Zeer waarschijnlijk besneden	4 084 Risico op VGV

* Meisjes en vrouwen geboren in een land waar vrouwenbesnijdenis niet voorkomt. Hierin zijn de 10 433 meisjes van 0 tot 14 jaar vervat die in België geboren zijn, 1 075 meisjes en vrouwen van meer dan 15 jaar geboren in België alsook de meisjes en vrouwen geboren in een ander Europees land (311), of in een Afrikaans land waar vrouwenbesnijdenis niet wordt toegepast (126), in het Midden Oosten (108), in Latijns Amerika of in Noord Amerika (23) of in Oost Azië (15). Van 3 vrouwen is het geboorteland onbekend.

⁹ De andere asielaanvragen omwille van deze reden gingen uit van personen uit Somalië (26 gevallen), Burkina Faso (18 gevallen), Ivoorkust (18 gevallen) Senegal (14 gevallen) en Djibouti (13 gevallen), 73 gevallen gingen uit van burgers uit andere landen.

Tabel 11 toont de lijst van de tien landen met de hoogste migratie uit landen waar VGV wordt toegepast (en hun in België geboren kinderen). Deze tien landen vertegenwoordigen samen 81 % van de migratie.

Tabel 12 houdt rekening met de prevalenties van de vrouwenbesnijdenis in elk land, en geeft de populaties weer die volgens de nationaliteit van herkomst het grootste risico lopen (82% van de doelpopulatie).

Tabel 11. Totale populatie vrouwen volgens de nationaliteit van herkomst en het gewest van verblijf, voor de 10 belangrijkste landen waar VGV wordt toegepast, op 31 december 2012

Vlaams Gewest		Wallonië		Brussel-Hoofdstad		Dienst Vreemdelingenzaken		Totaal	
Oorspronkelijke nationaliteit	Vrouwelijke populatie	Oorspronkelijke nationaliteit	Vrouwelijke populatie	Oorspronkelijke nationaliteit	Vrouwelijke populatie	Oorspronkelijke nationaliteit	Vrouwelijke populatie	Oorspronkelijke nationaliteit	Vrouwelijke populatie
Kameroen	3943	Kameroen	3622	Guinee	3035	Guinee	755	Kameroen	8707
Guinee	2836	Guinee	1251	Kameroen	2771	Irak	264	Guinee	6291
Ghana	2709	Ivoorkust	1154	Togo	852	Somalië	193	Ghana	5114
Irak	2128	Togo	1073	Senegal	779	Kameroen	186	Irak	4226
Nigeria	1250	Irak	593	Ivoorkust	766	Nigeria	117	Nigeria	3754
Togo	987	Senegal	564	Ghana	746	Senegal	112	Togo	2579
Ivoorkust	847	Ghana	407	Irak	660	Ivoorkust	85	Ivoorkust	2566
Senegal	843	Somalië	361	Nigeria	587	Djibouti	72	Senegal	2298
Somalië	792	Niger	294	Niger	414	Togo	60	Somalië	1739
Ethiopië	594	Ethiopië	275	Egypte	339	Mauritanië	44	Ethiopië	1557
Total top ten	16.929		9.594		10.949		1.888		38.831
Algemeen totaal	20.969		11.162		13.728		2.233		48.092
% top ten	81%		86%		80%		85%		81%

Tabel 12. Raming van het aantal zeer waarschijnlijk besneden vrouwen of meisjes die risico lopen op besnijdenis volgens de 10 meest betrokken nationaliteiten per gewest, België, 2012.

Vlaams Gewest		Wallonië		Brussel-Hoofdstad		Dienst Vreemdelingenzaken		Totaal	
Oorspronkelijke nationaliteit	Vrouwel. populatie	Oorspronkelijke nationaliteit	Vrouwel. populatie	Oorspronkelijke nationaliteit	Vrouwel. populatie	Oorspronkelijke nationaliteit	Vrouwel. populatie	Oorspronkelijke nationaliteit	Vrouwel. populatie
Guinee	1166	Guinee	1162	Guinee	2838	Guinee	706	Guinee	5872
Somalië	826	Ivoorkust	445	Somalië	331	Somalië	188	Somalië	1698
Nigeria	740	Somalië	352	Egypte	308	Djibouti	66	Egypte	1134
Egypte	704	Ethiopië	184	Ivoorkust	296	Eritrea	34	Ethiopië	1099
Ethiopië	691	Burkina Faso	170	Djibouti	265	Ivoorkust	32	Ivoorkust	984
Sierra Leone	401	Senegal	147	Mauritanië	208	Mauritanië	31	Nigeria	983
Sudan	265	Djibouti	130	Burkina Faso	206	Nigeria	29	Sierra Leone	602
Senegal	216	Mali	118	Senegal	201	Senegal	29	Senegal	593
Ivoorkust	211	Egypte	99	Ethiopië	200	Burkina Faso	29	Burkina Faso	547
Irak	197	Mauritanië	65	Nigeria	156	Ethiopië	23	Djibouti	534
Total top ten	5.417		2.873		5.009		1.169		14.046
Algemeen totaal	6.761		3.303		5.831		1.300		17.195
% top ten	80%		87%		86%		90%		82%

In Tabel 13, die enkel werd uitgewerkt op basis van de ADSEI-gegevens en gegevens van de ONE en Kind & Gezin, zien we, voor de vrouwen die afkomstig zijn uit een land waar VGV wordt toegepast, de totale populatie vrouwen en de populatie vrouwen die besneden zijn of het risico lopen besneden te worden, per land van herkomst en per provincie van verblijf in België. In deze Tabel komen de 2 233 vrouwen die asiel hebben aangevraagd niet voor (net zo min als de 1 300 meisjes en vrouwen die asiel hebben aangevraagd en die waarschijnlijk besneden zijn of dat riskeren).

In deze tabel en in de kaart tonen we de spreiding per provincie van de betrokken vrouwen en meisjes, ofwel omdat ze waarschijnlijk al besneden zijn, (kolom 2), ofwel omdat ze VGV riskeren (kolommen 3 en 4). Voor deze laatste categorie hebben we het onderscheid gemaakt tussen de gegevens gehaald uit het Rijksregister en de geboortegegevens afkomstig van ONE en K&G. We weten in welke provincie de moeders woonden toen hun dochters werden geboren, maar we kunnen natuurlijk niet zeker zijn dat ze daar nog steeds woonden in 2012, rekening houdend met de kans op interne migraties.

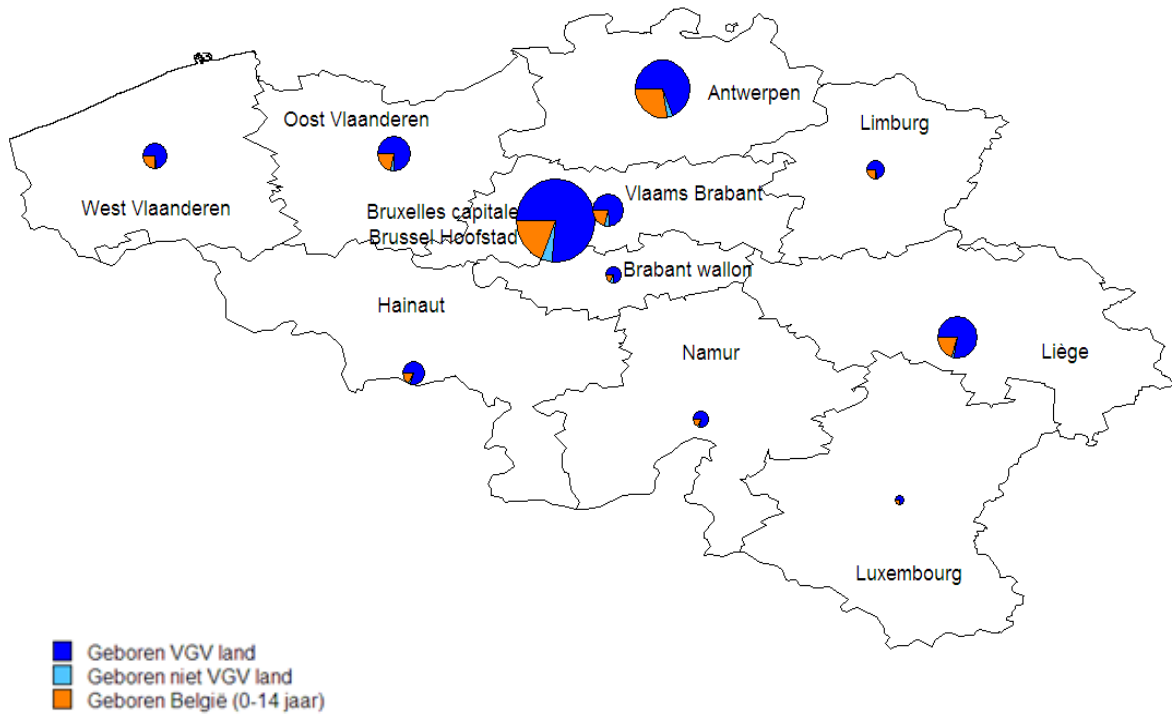
Er is geen vergelijking met de studie over het jaar 2007 mogelijk want voor deze eerdere studie hadden we geen per provincie opgesplitste gegevens van ONE en van Kind & Gezin.

Tabel 13. Totale vrouwelijke populatie en vrouwelijke populatie die besneden is of dat riskeert, per provincie op 31 december 2012 (Bron: DGSIE, ONE, K&G)

Provincie	Geboren in een VGV land (ADSEI)	Geboren buiten VGV-landen (ADSEI)	Geboren in België (ONE – K&G)	Totaal
Antwerpen	2147	107	871	3125
Vlaams Brabant	849	60	250	1159
West-Vlaanderen	570	19	197	786
Oost-Vlaanderen	934	47	276	1257
Limburg	306	9	118	433
Waals Brabant	227	21	57	305
Henegouwen	584	26	127	738
Luik	1386	33	375	1794
Luxemburg	107	2	39	148
Namen	242	14	62	318
Brussel-Hoofdstad	4459	250	1122	5831
Totaal	11.812	590	3.494	15.896

Noot : De 357 geboortes in het Vlaams en Brussels Hoofdstedelijk Gewest (waarvan er 110 een besnijdenis riskeren) waarvoor we geen informatie hebben aangaande de provincie van verblijf, werden over de betreffende provincies gespreid volgens de proportie in elke provincie van de vrouwelijke populatie en van de vrouwelijke populatie die besneden is of dat riskeert en waarvoor de provincie van verblijf is gekend

Figuur 2. Zeer waarschijnlijk besneden vrouwen, of meisjes die risico lopen op besnijdenis, per provincie op 31 december 2012 (Bron : ADSEI, ONE, K&G)



Dubourg D., Richard F.
Studie van de besneden vrouwen en meisjes die besnijdenis riskeren in België.
IMT 2014

In de onderstaande tabellen hebben we, voor de leeftijdscategorie van de min-15-jarigen, de geboortes opgenomen die verschaft zijn door K&G en de ONE en hebben we die gegevens aangevuld met de geboortes buiten België die in de databank van de ADSEI waren opgenomen. De populatie die met de problematiek van de besnijdenis geconfronteerd wordt, wordt berekend door de prevalenties per leeftijdscategorie toe te passen op de populatie vrouwen die afkomstig zijn uit een land waar VGV voorkomt of van wie de moeder uit één van deze landen afkomstig is (voor de meisjes onder de 15 jaar).

**Tabel 14. Aantal vrouwen die besneden zijn of het risico lopen besneden te worden, per leeftijd en per oorspronkelijke nationaliteit, op 31 december 2012
Vlaams Gewest**

Land van herkomst	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 +	Totaal
Benin	2	1	1	0	1	1	2	2	2	1	1	13
Burkina Faso	15	12	5	4	9	22	21	20	17	12	6	142
Centraal-Afrikaanse Rep.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Djibouti	12	6	4	5	5	9	8	6	7	4	7	72
Egypte	118	95	40	18	28	86	115	78	48	22	56	704
Eritrea	11	6	6	5	0	0	1	2	0	1	0	33
Ethiopië	112	102	68	30	59	85	93	54	39	19	30	691
Gambia	29	21	11	7	19	28	31	18	7	4	9	184
Ghana	9	6	3	4	6	16	18	17	20	20	16	136
Guinee	277	114	70	63	131	242	131	67	40	16	16	1166
Guinee-Bissau	2	0	0	1	1	1	2	0	2	1	0	10
Irak	19	20	12	10	15	27	23	22	15	13	21	197
Ivoorkust	24	14	15	13	13	30	27	34	21	12	9	211
Jemen	3	2	0	1	2	2	2	1	1	1	0	14
Kameroen	1	1	1	0	4	5	4	3	3	2	2	25
Kenia	7	7	6	5	9	17	27	31	22	14	15	159
Liberia	18	15	13	10	11	11	24	28	26	13	10	178
Mali	22	16	9	9	9	20	29	14	13	7	14	163
Mauritanië	20	10	35	7	8	10	15	16	9	2	2	135
Niger	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	6
Nigeria	95	66	31	16	20	61	146	150	99	30	26	740
Oeganda	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3
Senegal	36	21	15	11	12	18	28	27	25	12	13	216
Sierra Leone	50	48	34	37	29	47	62	45	28	10	11	401
Somalië	142	123	90	64	77	92	72	48	47	28	43	826
Sudan	38	36	18	13	14	29	38	34	22	6	14	265
Tanzania	2	1	1	0	1	2	4	2	3	1	2	21
Togo	1	1	1	0	1	2	3	5	3	2	2	21
Tsjaad	4	1	0	0	2	1	3	2	2	1	2	19
Totaal	1.071	745	494	335	486	868	931	728	521	254	328	6.761

Wallonië

Land van herkomst	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 +	Totaal
Benin	1	1	0	1	1	6	5	3	4	2	4	29
Burkina Faso	16	6	5	5	15	23	35	28	17	9	12	170
Centraal-Afrikaanse Rep.	1	1	1	1	1	3	3	2	2	1	1	16
Djibouti	19	8	7	13	13	17	12	13	9	8	11	130
Egypte	16	3	9	1	4	15	12	13	5	7	14	99
Eritrea	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Ethiopië	26	35	31	20	26	16	13	9	3	1	3	184
Gambia	2	2	1	1	1	4	3	1	1	1	0	15
Ghana	1	0	0	0	1	1	1	1	2	3	5	17
Guinee	308	92	79	96	150	185	113	65	33	13	26	1162
Guinee-Bissau	2	1	0	0	1	2	1	0	0	2	1	11
Irak	4	3	2	3	3	5	5	5	4	3	6	44
Ivoorkust	35	24	26	24	29	56	76	83	42	25	26	445
Jemen	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	6
Kameroen	2	1	1	1	9	10	6	5	4	3	5	47
Kenia	1	0	1	1	2	2	6	3	4	1	1	22
Liberia	0	1	0	0	0	2	2	2	2	3	2	15
Mali	23	9	6	8	7	21	16	9	5	9	5	118
Mauritanië	5	8	7	5	5	9	6	8	9	1	3	65
Niger	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	6
Nigeria	3	4	2	2	4	8	15	9	5	3	3	58
Oeganda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	13	8	10	8	8	20	21	28	14	9	8	147
Sierra Leone	4	1	1	2	4	1	6	7	8	0	2	36
Somalië	69	34	48	33	25	37	31	14	19	16	27	352
Sudan	4	4	2	0	0	3	2	5	3	3	2	28
Tanzania	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	5
Togo	1	1	1	1	1	4	7	10	6	3	5	40
Tsjaad	4	2	4	2	3	3	6	3	4	2	2	35
Totaal	563	252	244	228	315	454	405	329	206	129	177	3.303

Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Land van herkomst	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 +	Totaal
Benin	2	2	1	1	2	5	6	4	3	2	3	31
Burkina Faso	12	6	5	9	23	26	41	30	11	19	25	206
Centraal-Afrikaanse Rep.	0	0	1	1	2	3	4	2	1	0	3	17
Djibouti	26	13	8	22	26	41	40	24	17	15	33	265
Egypte	23	22	13	17	22	46	41	26	24	12	61	308
Eritrea	2	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	6
Ethiopië	13	9	7	9	11	23	27	28	24	17	32	200
Gambia	4	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	18
Ghana	1	1	1	1	1	3	3	3	4	4	8	29
Guinee	447	339	192	235	332	495	373	210	108	42	66	2838
Guinee-Bissau	0	0	1	2	3	6	5	1	3	2	4	29
Irak	3	3	3	3	4	6	5	5	4	3	11	51
Ivoorkust	26	18	13	13	21	37	48	43	37	16	24	296
Jemen	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5
Kameroen	1	1	1	1	6	7	5	4	4	2	4	36
Kenia	2	1	1	1	1	5	3	4	3	0	6	28
Liberia	0	5	6	4	5	5	5	8	5	9	9	60
Mali	17	17	6	8	4	23	24	19	8	4	12	141
Mauritanië	27	26	14	11	19	26	31	19	16	9	10	208
Niger	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	9
Nigeria	13	16	6	6	6	14	24	28	15	11	16	156
Oeganda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Senegal	19	18	14	10	14	27	26	29	16	15	13	201
Sierra Leone	19	16	8	13	12	17	26	14	15	6	9	156
Somalië	33	24	19	31	33	27	37	30	30	26	41	331
Sudan	6	18	3	8	7	6	6	14	11	5	14	99
Tanzania	0	0	0	0	1	0	1	3	2	0	2	11
Togo	1	1	1	1	1	3	4	6	6	4	4	32
Tsjaad	7	6	6	2	4	9	9	7	3	3	10	65
Totaal	707	566	332	409	566	865	796	565	372	228	423	5.831

België

Land van herkomst	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 +	Totaal
Benin	5	3	2	3	4	12	13	10	9	5	8	74
Burkina Faso	43	24	16	18	47	71	96	78	44	39	43	518
Centraal-Afrikaanse Rep.	3	2	3	2	4	7	7	5	3	3	6	44
Djibouti	56	27	20	40	44	67	59	43	33	27	51	467
Egypte	157	120	62	36	54	147	169	117	77	41	132	1111
Eritrea	13	7	8	8	0	0	1	2	1	1	0	41
Ethiopië	151	146	106	60	96	124	133	91	67	37	65	1076
Gambia	35	25	13	8	22	34	36	20	8	6	10	217
Ghana	11	7	4	4	8	21	22	22	26	27	28	181
Guinee	1031	546	341	394	614	922	617	342	181	71	107	5166
Guinee-Bissau	4	2	1	4	5	9	9	1	5	4	5	50
Irak	27	26	17	16	22	38	33	33	23	19	39	292
Ivoorkust	85	55	53	50	64	123	150	159	100	53	60	952
Jemen	4	3	1	2	3	2	3	2	2	2	2	25
Kameroen	4	3	2	2	19	21	16	12	11	7	12	108
Kenia	10	8	7	6	12	24	36	38	29	16	22	208
Liberia	19	21	19	14	15	18	31	38	32	25	20	253
Mali	62	42	21	25	20	63	69	42	26	20	31	421
Mauritanië	51	44	56	24	32	46	52	42	35	12	16	408
Niger	4	2	3	1	1	3	2	2	2	1	1	21
Nigeria	111	85	39	24	29	82	185	188	120	44	46	953
Oeganda	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	4
Senegal	68	46	39	28	34	65	75	84	55	35	34	564
Sierra Leone	74	65	43	53	45	65	94	66	51	15	21	592
Somalië	244	181	158	128	136	157	139	92	96	69	110	1509
Sudan	48	59	23	21	21	38	47	54	35	14	30	391
Tanzania	3	2	1	0	1	3	7	6	6	2	5	37
Togo	3	3	2	2	4	9	14	21	14	9	11	93
Tsjaad	14	9	10	3	10	14	18	12	8	6	13	118
Totaal	2.341	1.563	1.071	973	1.367	2.187	2.132	1.622	1.100	611	929	15.895

Het aantal vrouwen dat besneden is of dat een besnijdenis riskeert, is hoger in het Vlaams Gewest en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dat komt voornamelijk doordat het absolute aantal vrouwen afkomstig uit een land waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast, in deze twee gewesten hoger is. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is dat ook toe te schrijven aan het feit dat de 11 landen met hoge prevalentie onder deze populaties meer vertegenwoordigd zijn (38% tegen 25% in het Vlaams Gewest en 24% in Wallonië).

9. Synthese van de resultaten

Alle resultaten worden samengevat weergegeven in Tabel 15. Door de verschillende gegevensbronnen (ADSEI, K&G, de ONE, Vreemdelingenzaken en Fedasil) te combineren, konden we een vrij volledige schatting maken.

Tabel 15. Populatie van vrouwen die al besneden zijn of het risico lopen besneden te worden per leeftijdscategorie en geboorteplaats, op 31 december 2012

Populatie op 31 december 2012 die reeds besneden is of dat riskeert	Aantal	Status	Kwaliteit van de schatting
Meisjes jonger dan 5 jaar	2.493 – 262 geboren in een land waar VGV voorkomt – 151 asielaanvragers	Waarschijnlijk al besneden	ONE & K&G voor de meisjes geboren in België ADSEI voor de meisjes geboren in het buitenland Dienst Vreemdelingenzaken voor de meisjes die geboren zijn in het buitenland en die nog niet in het rijksregister zijn opgenomen (asielaanvragers)
	– 2079 geboren in België of in een land waar vrouwenbesnijdenis niet wordt toegepast	Lopen het risico om besneden te worden	
Meisjes van 5 tot 19 jaar	3.887 – 2.010 geboren in een land waar VGV voorkomt – 280 asielaanvragers	Waarschijnlijk al besneden	Voor de 5- tot 14-jarigen: K&G & ONE voor de meisjes geboren in België en ADSEI voor de meisjes geboren in het buitenland Voor de 15- tot 19-jarigen: Enkel ADSEI Dienst Vreemdelingenzaken voor de meisjes die geboren zijn in het buitenland en die nog niet in het rijksregister zijn opgenomen (asielaanvragers) Fedasil voor de NBMV die geen asielaanvrager zijn en die worden opgevangen door Fedasil.
	– 1 597 geboren in België of in een land waar vrouwenbesnijdenis niet wordt toegepast	Lopen het risico om besneden te worden of misschien al besneden in Europa of tijdens een verblijf in het land van herkomst	
Vrouwen van 20 tot 49 jaar	9.846 – 8.651 geboren in een land waar VGV voorkomt – 827 asielaanvragers	Heel waarschijnlijk al besneden	ADSEI Dienst Vreemdelingenzaken voor de meisjes die geboren zijn in het buitenland en die nog niet in het rijksregister zijn opgenomen (asielaanvragers)
	– 368 geboren in België of in een land waar vrouwenbesnijdenis niet wordt toegepast	Zijn reeds besneden of riskeren dat	
Vrouwen ouder dan 50 jaar	970 – 889 geboren in een land waar VGV voorkomt – 41 asielaanvragers	Heel waarschijnlijk al besneden	ADSEI Dienst Vreemdelingenzaken voor de meisjes die geboren zijn in het buitenland en die nog niet in het rijksregister zijn opgenomen (asielaanvragers)
	– 40 geboren in België of in een land waar vrouwenbesnijdenis niet wordt toegepast	Misschien al besneden in Europa of tijdens een verblijf in het land van herkomst	
Totaal	17.196 – 11.812 geboren in een land waar VGV voorkomt – 1 300 asielaanvragers	Waarschijnlijk al besneden	
	– 4 084 geboren in België of in een land waar vrouwenbesnijdenis niet wordt toegepast	Lopen het risico om besneden te worden of misschien al besneden	

Samengevat schatten we dat 11.812 meisjes en vrouwen, geboren in een land waar VGV wordt toegepast en wonend op Belgische grondgebied, zeer waarschijnlijk al besneden zijn. 4.084 meisjes en vrouwen, geboren in België (onder wie er 3.130 jonger zijn dan 10 jaar), lopen het

risico om besneden te worden. Bij deze meisjes en vrouwen moeten we de 1300 asielaanvragers toevoegen (waaronder 151 meisjes jonger dan 5 jaar) die geschikte opvang nodig hebben binnen het opvangnetwerk en de verenigingen die werken met asielaanvragers en vluchtelingen.

10. Bespreking – Gevolgen voor de medisch-sociale diensten in België

Deze actualisering van de prevalentiestudie van vrouwelijke genitale verminkingen – die gebruik maakt van een gelijkaardige methodologie maar met meer volledige en recentere gegevens – laat ons besluiten dat er in België een groot aantal meisjes en vrouwen wonen die heel waarschijnlijk al besneden zijn, of die dat riskeren.

Op 1 januari 2008 raamden we het aantal heel waarschijnlijk reeds besneden vrouwen op 6 260, en het aantal meisjes die dat riskeerden op 1 975. We stellen dus een verdubbeling van de cijfers vast in beide categorieën “heel waarschijnlijk reeds besneden” of “het risico lopend om te worden besneden”. De toevoeging van Irak in deze studie is maar voor een klein deel verantwoordelijk voor deze toename (1,8% van de betrokken vrouwen komen uit Irak). Deze toename wordt vooral verklaard door de instroom tussen 2007 en 2012 van heel wat nieuw binnenvrouw uit landen waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast (1^{ste} generatie) die behoren tot de categorie “heel waarschijnlijk reeds besneden” (68,6% van de toename) en door de geboorten binnen de betrokken gemeenschappen (2^{de} generatie) die behoren tot de “risico”-categorie (24,8% van de toename). De gegevens over de asielaanvragers die werden bezorgd door de Dienst Vreemdelingenzaken voor het jaar 2012 zijn exhaustiever dan in de studie van 2007 omdat ze zijn afgeleid uit de systematische registratie van elke nieuwe persoon die in 2012 een asielaanvraag indiende, en niet uit een momentopname van eind december 2012.

De gegevens per leeftijdscategorie geven ons een idee van de doelpopulaties van de medisch-sociale-diensten tijdens de verschillende perioden in het leven :

In de categorie meisjes **jonger dan 5 jaar** die de diensten van ONE, K&G en van CLB¹⁰ aanbelangen, wordt hun aantal op **2 493** geraamd die potentieel het risico op een besnijdenis lopen of die misschien al besneden zijn (wat de groep betreft die is geboren in een land waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast).

De doelpopulatie van de diensten voor gezondheidspromotie betreft meisjes **tussen 5 en 19 jaar**, en wordt op **3 887** meisjes en adolescenten geraamd.

De doelpopulatie voor de diensten algemene geneeskunde en reproductieve geneeskunde betreft vrouwen **tussen 20 en 49 jaar**, en wordt op **9 846** vrouwen geraamd.

Vrouwen van **50 jaar en ouder**, die laattijdige complicaties kunnen ontwikkelen ten gevolge van VGV wordt op **970** geraamd.

Het aantal **asielaanvragsters**, die heel waarschijnlijk al besneden zijn en die nood hebben aan een geschikte opvang binnen het opvangnetwerk en binnen de verenigingen voor asielaanvragers en vluchtelingen, wordt op 1300 geraamd.

Door een onderscheid te maken tussen de vrouwen en meisjes die besneden zijn en degenen die het risico lopen besneden te worden krijgt men ook een beeld van de zorg- of hulpverlening die zij zullen nodig hebben: 11.812 meisjes en vrouwen die al besneden zijn (niet meegeteld bij de asielaanvragers) zullen mogelijk op consultatie komen voor complicaties en gevolgen van hun besnijdenis en 4.084 meisjes en vrouwen die het risico lopen besneden te worden zullen moeten worden opgevolgd en beschermd als ze tijdens de vakantie terugkeren naar hun land van herkomst.

¹⁰ K&G (0 tot 3 jaar), CLB (3 tot 6 jaar)

We kunnen niet besluiten dat er grote verschuivingen qua spreiding onder de betrokken gemeenschappen in België zijn. Vlaanderen blijft met 6 751 meisjes en vrouwen die al besneden zijn of die dat riskeren, het meest met deze problematiek geconfronteerd, gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (5 831) en het Waals Gewest (3 303).

De meest getroffen provincies blijven dezelfde als in 2007: Antwerpen (3 125 meisjes en vrouwen die al besneden zijn of dat riskeren) en Luik (1 794). Twee nieuwe provincies overschrijden de kaap van 1 000 gevallen, namelijk Vlaams Brabant (1 159) en Oost Vlaanderen (1 257).

De zes landen die het meest vertegenwoordigd zijn in de vrouwelijke populatie die al besneden is of dat riskeert, zijn Guinee, Somalië, Egypte, Ivoorkust, Ethiopië en Nigeria. Deze landen staan in de top tien omdat er in België vele vrouwen wonen die uit dergelijke landen komen (Ivoorkust, Nigeria), omdat de prevalentie in het land van herkomst erg hoog is (Ethiopië, Somalië, Egypte) of omwille van een combinatie van beide redenen (Guinee).

Deze studie geeft enkel schattingen en heeft dezelfde beperkingen als de eerste studie, d.w.z. (1) het feit dat de prevalenties niet bepaald kunnen worden op basis van de etnische groep waartoe de vrouwen behoren, aangezien hier geen gegevens over bestaan, maar op basis van de nationaliteit moeten gebeuren en (2) het feit dat wij niet hebben kunnen inschatten in welke mate de praktijk afneemt als gevolg van een migratie naar een Europees land.

Ondanks de beperkingen ervan vormt deze studie toch een goede basis om de behoeften aan behandeling van deze doelpopulatie in kaart te brengen.

Aan de hand van de ramingen over de bevallingen van besneden vrouwen kan men ook de opleidingsbehoeften van de betrokken gezondheidswerkers inschatten. Elk jaar bevallen er 1 000 besneden vrouwen in België, die opgevolgd en specifiek behandeld zullen moeten worden door gynaecologen en vroedvrouwen.

Deze relatief hoge cijfers wat het aantal vrouwen betreft, die bovendien toenemen ten opzichte van de studie van 2007, bevestigen de noodzaak van een specifieke aanpak voor deze doelpopulaties.

Aangezien de getroffen gemeenschappen niet alleen in Brussel gelokaliseerd zijn, is het belangrijk dat er buiten de hoofdstad behandelings- en preventiediensten worden opgericht. Als er specifieke medisch-sociale diensten nodig zijn, dienen de organisaties en verenigingen zeker gesteund te worden in hun preventiewerk bij de betrokken families.

11. Aanbevelingen

Dit werk toont aan dat er in België aanzienlijke behoeften zijn aan preventie (meisjes die het risico lopen te worden besneden) en aan medisch-sociale begeleiding (reeds besneden vrouwen).

Er werden reeds inspanningen geleverd op het vlak van opleiding van beroepsbeoefenaars door gespecialiseerde verenigingen of instellingen¹¹ met de steun van de verschillende federale, gewestelijke en gemeenschapsoverheden. De verenigingen die gespecialiseerd zijn in de preventie van VGV hebben sinds 2008 in Vlaanderen en in Wallonië vestigingen geopend om in te spelen op de behoeften aan preventie en aan begeleiding van de betrokken personen, maar deze inspanningen moeten volgehouden en geconsolideerd worden, zeker omdat deze studie een verdubbeling heeft aangetoond van het aantal besneden vrouwen en het aantal meisjes dat het risico loopt om besneden te worden.

Minister Onkelinx kondigde op 5 februari 2014 de oprichting aan van twee multidisciplinaire centra, CHU St Pierre en UZ Gent ter behandeling van de gevolgen van VGV.. Deze centra staan in voor een globale (psychologische, seksuologische en heelkundige) behandeling van besneden vrouwen, met terugbetaling van de zorg door het RIZIV.

De werking van deze centra zal geëvalueerd worden na een jaar om na te gaan of er voldoende wordt tegemoet gekomen aan de behoeften van de besneden vrouwen.

Wat het onderzoek betreft is het wenselijk om regelmatig de ramingen te actualiseren zodat er rekening kan worden gehouden met de migratie en met nieuwe prevalentiegegevens in de landen van herkomst.

Voor de medische diensten:

- De beroepsbeoefenaars sensibiliseren en opleiden die in contact zouden kunnen komen met besneden vrouwen en met meisjes die daartoe een risico lopen, via de introductie van de problematiek in de basiscurricula en in de programma's voor permanente vorming..
- De problematiek van VGV systematisch ter sprake brengen voor de burgers uit risicolanden naar aanleiding van de medische intake in de centra voor asielaanvragers, teneinde aan de asielaanvragers die een vrouwenbesnijdenis hebben ondergaan de meest aangepaste behandeling te kunnen aanbieden.
- De werking van de twee nieuwe multidisciplinaire centra, Brussel en Gent, zal geëvalueerd worden na een jaar.

Voor de verenigingssector

- De verenigingen op gemeenschapsniveau ondersteunen in hun preventiewerk ten aanzien van VGV, alsook de verenigingen die de besneden vrouwen oriënteren, teneinde te zorgen voor een goede dekking van het hele grondgebied.

Voor onderzoek

- De schattingen regelmatig bijstellen om rekening te houden met de migratie en met de nieuwe gegevens over de prevalentie in de landen van herkomst.
- Bekijken of het mogelijk is om de variabele "leeftijd waarop de betrokkenen in België aankomen" van de ADSEI te verkrijgen om de schattingen m.b.t. het risico op besnijdenis in functie van deze variabele te verfijnen.

¹¹ GAMS Belgique asbl, INTACT asbl, ICRH Gent, Collectif Liégeois contre les mutilations génitales féminines.

- Bekijken of het mogelijk is om de status op het vlak van besnijdenis te kennen van elke asielzoekster die afkomstig is uit een land waar de besnijdenis wordt toegepast. Deze informatie zou ons een beter beeld kunnen geven van de prevalentie van besnijdenis bij de vrouwen die naar België migreren en zou de nationale gegevens verzameld via de DHS kunnen vervangen of aanvullen.

12. Referenties

Adam T, Bathija H, Bishai D, Bonnenfant YT, Darwish M, Huntington D, et al. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. *Bull World Health Organ*, Apr;88(4):281-8; 2010.

Amy JJ, Richard F. Les mutilations génitales féminines. In: De Boeck, editor. *Guide des Consultations Périnatales ONE-GGOLFB*. Bruxelles, 2008. p. 524-36.

Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. *Popul Soc* 2007; 438.

Andro A, Cambois E, Cirbeau C, Lesclingand M, Pourette D. Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène. Paris: L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances; 2009.

Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Excision et Handicap : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH), Paris, INED et Université Paris 1; 2009 b.

AkiDwA & Royal College of Surgeons in Ireland. Female genital mutilation. Information for health-care professionals working in Ireland, 2nd edition. Dublin: AkiDwA; 2013.

Behrendt, A., *Listening to African Voices. Female genital mutilation/cutting among immigrants in Hamburg: Knowledge, attitudes and practice*, Plan, Hamburg, 2011.

Black J A, Debelle G D Female genital mutilation in Britain. *British Medical Journal*, 310, 1590–1592; 1995.

CGRA. Rapport annuel CGRA 2012. Ed. Dirk Van den Bulck. Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. Bruxelles, juin 2013.

Chambre des représentants. Question et réponse écrite n° : 0163 - Législature : 53. Réponse de Maggie De Block à Zoé Genot sur l'octroi de l'asile en cas de risque de mutilations génitales féminines. 14 juin 2012.

Chambre des représentants. Question et réponse écrite n° : 0401 - Législature : 53. Questions et réponses écrites. Réponse de Maggie De Block à la députée Karin Temmerman sur la durée des procédures de demandes d'asile. 2 avril 2013

Colombo A, Vignali P. Indagine sulla presenza del territorio Lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili. Rapporto finale. Istituto Regionale di ricerca della Lombardia Ed. 2010.

De Brouwere M, Richard F, Dieleman M. Recherche-action sur les signalements de mutilations génitales féminines: Enquête menée au sein des associations belges spécialisées (GAMS België, INTACT, Collectif Liégeois MGF), Ed. GAMS België, Bruxelles, 2013.

Degani P, De Stefani P, Urpis O. Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti. Rapporto di ricerca nelle regioni veneto e Friuli Venezia Giulia. 2009.

Dieleman M. Excision et migration en België francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour GAMS België, 2010.

- 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.
- Dubourg D et Richard F. Etude de Prevalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2010.
- Dubourg D, Richard F, Leye E, Ndam S, Rommens T, Maes S. Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Aug;16(4):248-57.
- European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council : Towards the elimination of female genital mutilation, Brussels, 25.11.2013 [COM (2013) 833 final].
- European Institute for Gender Equality, Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia – Report. European Union, 2013.
- Exterkate M. Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants. Pharos Centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees Ed. 2013.
- Fondazione L'Albero della Vita. Il diritto di essere bambine. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili. Scattoni O, Rossitto A. Ed. 2011.
- GGOLFB. Croyances, traditions et délivrances des soins médicaux. Rapport du groupe de travail Éthique et économie: Gynécologie-obstétrique et multiculturalité. Bruxelles: GGOLFB; 2009.
- Gillette-Frenoy I. L'excision et sa présence en France: Etude ethno-sociologique. Paris: GAMS; 1992.
- Grassivaro Gallo P, Araldi L, Viviani F, Gaddini R. Epidemiological, medical, legal and psychological aspects of mutilated/at risk girls in Italy. Bioethical focusing. In G. C. Denniston, F. Mansfield Hodges, & M. Fayre Milos (Eds.), *Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice* (pp. 241–257). New York: Kluwer Academic/Plenum publishers; 1998.
- Gruber F, Kalthegener R. Statement of Terre des Femmes e. V. - Human Rights of Women at the Public Hearing of the Committee on Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth on the subject, Fighting Female Genital Mutilation“ on September 19th, 2007
- Fedasil. Rapport annuel. Accueil des demandeurs d'asile et Retour volontaire 2012; Bruxelles ; 2013.
- Harding A. US rethinks genital mutilation threat. BBC News world edition [Online]; Available from: URL: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/2299845.stm> [cited 2014 Jan 30], 4 October 2002.
- Jager F, Schulze S, Hohlfeld P. Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss. Med. Wkly.*, 132, 259–264; 2002.
- Jaoui S. Femmes excisées ou à risque d'excision dans les structures d'accueil en België. Fedasil; 2009.
- Johnsdotter S. Created by God. How Somalis in Swedish exile reassess the practice of female circumcision [Dissertation]. Lund: Department of Social Anthropology, Lund University; 2002.
- Johnsdotter S, Moussa K, Carlbom A, Aregai R & Essén B et al., “Never my Daughters”: A qualitative study regarding attitude change toward female genital cutting among Ethiopian and Eritrean families in Sweden, *Health Care for Women International*, 30:114-133, 2009.
- Kőszeghy L. FGM Prevalence in Hungary-estimation. Budapest: MONA Foundation; 2012.

Leye E, Powell R.A, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Healthcare in Europe for Women with Genital Mutilation. *Healthcare for Women International*. 27:362–378; 2006.

Leye E., Ysebaert I., Deblonde J., Claeys P., Vermeulen G., Jacquemyn Y., et al. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, Jun;13(2):182-90; 2008.

Mager F, Noriega Tontor C. Les mutilations génitales féminines, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de sage-femme. Liège: Institut Ste-Julienne; 2003.

McVeigh T, Sutton T British girls undergo horror of genital mutilation despite tough laws. *The Observer*; 25 July 2010.

Public Health Agency of Canada: Health Status and Health Needs of Older Immigrant Women: Individual, Community, Societal and Policy Links; 2007.

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

United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting : a statistical overview and exploration of the dynamics of change, UNICEF, New-York, 2013.

United Nations High Commissioner for Refugees. Trop de souffrance: Mutilations génitales féminines et asile dans l'Union européenne – Une analyse statistique. UNHCR, Bureau pour l'Europe 2013.

World Health Organization, Eliminating female genital mutilation: an interagency statement, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, Geneva, 2008.

World Health Organization, Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA, Geneva, 2010.

Bijlagen

BIJLAGE 1 : Algemene prevalentie en prevalentie per leeftijdscategorie in de landen waar de besnijdenis voorkomt (Bronnen: DHS en MICS op 23 december 2013)

Landen	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Bron	Alg. Prevalentie
Benin	7,9	9,9	13,6	14,3	16,3	17	15,8	DHS 2006	12,9
Burkina Faso	57,7	69,8	77,5	82,8	85,2	88,2	89,3	DHS 2010	75,8
Cameroun	0,4	2,5	1,6	1,1	1,2	1,8	2,4	DHS 2004	1,4
Centraal Afrikaanse Rep.	17,9	22,1	24,5	25,5	28,4	29,9	33,8	MICS 2010	24,2
Djibouti	89,5	93,7	93,3	95,9	94,7	93,1	94,4	MICS 2006	93,1
Egypte	80,7	87,4	94,3	95,2	96,4	96,2	96	DHS 2008	91,1
Erithrea	78,3	87,9	90,8	93,4	92,6	94,1	95	DHS 2002	88,7
Ethiopië	62,1	73	77,6	78	81,2	81,6	80,8	DHS 2005	74,3
Gambia	77,1	76,8	77,5	74,6	73,1	75,3	79	MICS 2010	76,3
Ghana	1,5	1,8	3	4,4	5,5	6,6	6,4	MICS 2011	3,8
Guinee	89,3	94,6	96,6	97,4	98,6	98,1	99,5	DHS 2005	95,6
Guinee-Bissau	48,4	49,2	51	49,8	49	54,1	50,3	MICS 2010	49,8
Irak	4,9	7,5	9,1	9,1	9,7	9,4	10,3	MICS 2011	8,1
Ivoorkust	31,3	35,1	36,8	40,3	45,4	44,6	46,9	DHS 2012	38,2
Jemen	38,2	38,2	38,2	38,2	38,2	38,2	38,2	DHS 1997	38,2
Kenia	14,6	21,1	25,3	30	35,1	39,8	48,8	DHS 2008	27,1
Liberia	44	58,4	68,2	69,8	73	77,6	85,4	DHS 2007	65,7
Mali	84,7	84,5	86,7	84,2	84,9	86,2	85,8	DHS 2006	85,2
Mauritanië	68	68,7	73,5	73,5	75,4	76,7	77,8	MICS 2007	72,2
Niger	1,9	1,6	2,4	2,1	2,9	2,9	2,8	DHS 2006	2,2
Nigeria	18,7	21,5	26,1	29,7	31,5	34,9	38	MICS 2011	27
Oeganda	1	0,8	1,9	2,1	1,3	1,7	1,9	DHS 2011	1,4
Senegal	24	24,3	26,1	24,9	29	26,9	28,5	DHS 2010/2011	25,7
Sierra Leone	70,1	86,9	92,2	93,2	95,8	95,3	96,4	MICS 2010	88,3
Soedan (Noord)	86,6	89,1	89	91,5	90,6	90,4	90,5	MICS 2006	69,4
Somalië	96,7	97,9	97,9	98,8	98,9	97,9	99,1	MICS 2006	97,9
Tanzania	7,1	11	11,7	19,1	21,6	22,2	21,5	DHS 2010	14,6
Togo	1,1	2,4	3,7	4,7	6,4	5,2	6,7	MICS 2010	3,9
Tsjaad	41	43	46,1	45,2	45,7	44,3	47,6	MICS 2010	44,2