

Schatting van de prevalentie van in België wonende meisjes en vrouwen die vrouwelijke genitale verminking ondergingen of het risico lopen om verminkt te worden, 2018

Actualisering per 31 december 2016

Promotor: Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Hoofdonderzoekers: Dominique Dubourg¹, Fabienne Richard²

¹ Arts en demograaf, gastonderzoeker bij de Groep voor de Afschaffing van Vrouwelijke Genitale Verminking (GAMS België)

² Vroedvrouw, Master of Science, PhD Volksgezondheid, Directrice GAMS België en gastonderzoeker bij het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG), Antwerpen

Begeleidingscomité:

Valentine Audate³, Nicolas Belkacemi⁴, Rita Eggermont⁵, Martine Hendrickx⁶, Stéphane Heymans⁷, Samuel Ndamè⁸, Hans Verrept⁹

³ Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS)

⁴ Instituut voor de gelijkheid van mannen en vrouwen (IGVM)

⁵ Kind en Gezin (K&G)

⁶ Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers (Fedasil)

⁷ Dokters van de Wereld België

⁸ Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)

⁹ FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Layout: mavromatika.com

In samenwerking met:

Inhoud

Tabellenlijst	4
Afbeeldingenlijst.....	5
Afkortingen.....	6
1 Inleiding	7
2 Vrouwelijke genitale verminking.....	8
2.1 Definitie en classificatie van VGV	8
2.2 Prevalentie en geografische spreiding	8
2.3 Omstandigheden waarin VGV wordt uitgevoerd	9
2.4 Redenen die aangevoerd worden om de praktijk verder te zetten.....	10
2.5 Gevolgen van vrouwelijke genitale verminking	11
2.6 Nationale en internationale wetteksten over VGV	12
3 Problematiek van VGV in Europa en België	15
3.1 Kinderen die een risico lopen	15
3.2 Invloed van migratie op vrouwenbesnijdenis	15
3.3 Gezondheidszorg voor besneden vrouwen.....	16
4 Kennis inzake prevalentiestudies over VGV in Europa	17
5 Doelstellingen.....	18
5.1 Algemene doelstelling	18
5.2 Specifieke doelstellingen	18
5.3 Promotor en onderzoekers	18
6 Methodologie.....	19
6.1 Verloop van het onderzoek	19
6.2 Profiel en taken van de hoofdonderzoekers	19
6.3 Gegevensbronnen	19
6.4 Beschrijving van de gegevens.....	20
6.4.1 Databank van StatBel	20
6.4.2 Gegevens van K&G en ONE	22
6.4.3 Gegevens van Fedasil	23
6.4.4 Gegevens van Dokters van de Wereld	24
6.4.5 Gegevens van CGVS.....	25
6.4.6 Prevalentie van VGV per land	25
6.4.7 Uiteindelijk databestand	27
6.5 Berekeningshypothese	27
7 Foutenmarge en beperkingen van deze studie.....	28
8 Resultaten	30
8.1 Hoeveel vrouwen, getroffen door VGV, wonen er in België?	30
8.1.1 Is het aantal meisjes en vrouwen afkomstig uit deze landen en het aantal kinderen dat zij op de wereld zetten toegenomen?.....	32
8.1.2 Wie zijn deze vrouwen en waar wonen ze?.....	33
8.1.3 Schatting per gewest.....	35
8.2 Welke diensten zijn betrokken en voor welke populaties?	36
8.2.1 Opvang van jonge kinderen (ONE en K&G) – jonger dan 5 jaar	36
8.2.2 Diensten die gezondheid op school bevorderen (de 5-19 jarigen).....	37
8.2.3 Jeugdzorg-minderjarigen die het risico op VGV lopen.....	39

8.2.4	Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS) – minderjarige asielaanvragers	40
8.2.5	Vrouwen van 20-49 jaar	40
8.2.6	Vrouwen van 50 jaar en ouder	43
9	Synthese van de resultaten	45
10	Bespreking – Gevolgen voor de medico-sociale diensten in België.....	46
11	Aanbevelingen	49
12	Referenties	50
	Bijlage	54

Tabellenlijst

Tabel 1. Spreiding van de populatie vrouwen per oorsprongs- of huidige nationaliteit volgens gewest van verblijf op 31 december 2016 (gegevens StatBel)	21
Tabel 2. Geboortes in België van meisjes van wie de moeder afkomstig is uit een land waar VGV wordt toegepast, volgens land van herkomst van de moeder en de huidige leeftijd (Bronnen: K&G en ONE, 1998-2016)	22
Tabel 3. Vrouwelijke populatie in het opvangnetwerk en afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast, per huidige nationaliteit (Bron: Fedasil, 2016).....	23
Tabel 4. Vrouwelijke populatie, afkomstig uit een land waar VGV wordt uitgevoerd, die de centra van Dokters van de Wereld heeft bezocht, volgens huidige nationaliteit. (Bron: Dokters van de Wereld, 2016)	24
Tabel 5. Prevalentie van vrouwelijke genitale verminking per land (algemene prevalentie) .	26
Tabel 6. Samenstelling van de uiteindelijke studiepopulatie	27
Tabel 7. Overzicht van de in België wonende betrokken vrouwelijke populatie op 31 december 2016, afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast, volgens gegevensbron en leeftijd bij aankomst.....	30
Tabel 8. Totale populatie van vrouwen onderworpen aan VGV of met VGV-risico, per provincie op 31 december 2016 (Bron: StatBel, ONE, K&G, Fedasil)	33
Tabel 9. Aantal zeer waarschijnlijk besneden vrouwen of vrouwen die het risico op VGV lopen per regio voor de 10 meest betrokken herkomstnationaliteiten, België, 2016	34
Tabel 10. Spreiding per gewest van de vrouwelijke populatie betrokken bij besnijdenis op 31 december 2016 volgens gegevensbron en leeftijd bij aankomst	35
Tabel 11. Aantal reeds besneden of intacte meisjes en vrouwen per gewest en volgens de verschillende schattingen, België 2016.....	35
Tabel 12. Schatting van het aantal meisjes jonger dan 5 jaar die besneden zijn of het risico op VGV lopen, per geboorteplaats in België, op 31 december 2012 (Bronnen: K&G, ONE, StatBel, Fedasil, Dokters van de Wereld)	37
Tabel 13. Schatting van de meisjes- en adolescentenpopulatie van 5 tot 19 jaar die waarschijnlijk besneden is of het risico op VGV loopt, per geboorteplaats op 31 december 2016 (Bronnen: ONE, K&G, StatBel, Fedasil, Dokters van de Wereld)	38
Tabel 14. Vrouwelijke populatie (20-49 jaar), waarschijnlijk besneden, per leeftijdscategorie en per gewest, op 31 december 2016 (Bronnen: StatBel, Fedasil, Dokters van de Wereld) .	41
Tabel 15. Aantal levende geboortes uit waarschijnlijk besneden moeders die in België wonen, tussen 2002 en 2016, per jaar en per gewest van verblijf (Bronnen: ONE en K&G) ..	42
Tabel 16. Waarschijnlijk besneden vrouwen van 50 jaar en ouder, per gewest van verblijf, op 31 december 2016 (Bronnen: StatBel, Fedasil, Dokters van de Wereld)	44
Tabel 17. Vrouwelijke populatie, reeds besneden of VGV-risico lopend, per leeftijdscategorie en per geboorteplaats, op 31 december 2016	45

Afbeeldingenlijst

Afbeelding 1. Geografische spreiding en prevalentie van vrouwelijke genitale verminking type 1, 2 en 3 in Afrika en het Midden-Oosten, 2016 (Bronnen: DHS/MICS – bijlage)	9
Afbeelding 2. Schatting van het aantal meisjes en vrouwen die in België wonen en die al besneden zijn of het risico lopen op VGV, op 31 december 2016 (Bron: StatBel, ONE, K&G, Fedasil, Dokters van de Wereld)	31
Afbeelding 3. Evolutie tussen 2007 en 2016 van het aantal reeds besneden of VGV-risico lopende meisjes en vrouwen die in België wonen (StatBel, ONE, K&G, Fedasil, Dokters van de Wereld).....	32
Afbeelding 4. Vrouwelijke populatie die zeer waarschijnlijk besneden is of een VGV-risico loopt, per provincie op 31 december 2016 (Bronnen: StatBel, ONE, K&G, Fedasil)	34
Afbeelding 5: Totaal minderjarigen getroffen door VGV of die het risico lopen, België, 2016	39
Afbeelding 6: Evolutie 2012-2016 van levende geboortes (meisjes en jongens) uit waarschijnlijk besneden moeders (Bronnen: K&G en ONE)	43

Afkortingen

ADSEI	Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (= Statistics Belgium of StatBel)
CAR	Centraal-Afrikaanse Republiek
CGVS	Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen
CEpiP	Centrum Epidemiologie en Perinataliteit (Brussels Gewest)
CIRE	Coordination et Initiatives pour et avec les réfugiés et étrangers
CLB	Centra(um) voor Leerlingenbegeleiding
DHS	Demographic and Health Survey (enquête over demografie en gezondheid)
DRC	Democratische Republiek Congo
EIGE	European Institute for Gender Equality
Fedasil	Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
FOD	Federale Overheidsdienst
GAMS België	Groep voor de Afschaffing van vrouwelijke genitale verminking - België
GGOLFB	Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique
ICRH	International Centre for Reproductive Health
IGVM	Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen
ITG	Instituut voor Tropische Geneeskunde
K&G/ONE	Kind en Gezin (VL)/Office de la Naissance et de l'Enfance (FWB)
LOI	Lokaal Opvanginitiatief
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PAPFAM	Pan Arab Project for Family Health
PMI	Service de protection maternelle et infantile (Frankrijk)
PMS	Psycho-Medisch-Sociaal (zie CLB)
PRB	Population Reference Bureau
PSE	Promotion de la santé à l'école
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
STATBEL	Statistics Belgium
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
VGv	Vrouwelijke genitale verminking
VLOV	Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen
VVOG	Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynæcologie
VWV	Vluchtelingenwerk Vlaanderen
VZW	Vereniging zonder winstoogmerk
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie (WGO/OMS)
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Sciensano)

1 Inleiding

Hoewel vrouwelijke genitale verminking (VGV) vooral wordt uitgevoerd in Afrika (minstens 30 landen), in het Midden-Oosten en in sommige Aziatische en Latijns-Amerikaanse landen, zijn ook België en andere Europese landen, die gemeenschappen uit deze landen opvangen, betrokken. Meisjes die in België geboren zijn lopen het risico om besneden te worden, ofwel in Europa, of wanneer ze terugkeren 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 besnijdenis.

Op vraag van de federale minister van Volksgezondheid, mevr. Onkelinx, werd in 2010 een eerste studie (Dubourg & Richard 2010, Dubourg et al. 2011) gerealiseerd om een evaluatie te maken van: (1) het aantal in België wonende besneden vrouwen, (2) het aantal meisjes die in België wonen en die het risico lopen besneden te worden en (3) de doelpopulatie van de diverse medisch-sociale diensten die bij VGV betrokken kunnen zijn. Deze studie werd uitgevoerd door het ITG in Antwerpen en toonde aan dat in België, op 31 december 2007, 6.260 vrouwen 'zeer waarschijnlijk reeds besneden zijn' en 1.975 meisjes 'besnijdenis riskeren'. Dit komt neer op een totale doelgroep van 8.235 personen. Deze prevalentiestudie werd in 2014 opnieuw uitgevoerd met dezelfde methodologie en toonde een verdubbeling in 5 jaar, met naar schatting 13.112 al besneden vrouwen en 4.084 meisjes die het risico lopen besneden te worden (Dubourg & Richard 2014).

De voorbije twee jaar kende België een migratiecrisis, met vooral een instroom van Syrische en Iraakse families, maar daarnaast ook van families uit Oost-Afrika zoals Somalië en Eritrea, landen met een hoge prevalentie van VGV. Deze nieuwe studie is nodig om de gegevens bij te werken die de diensten, betrokken bij de bescherming van meisjes en de zorg voor besneden vrouwen, toelaten meer gerichte acties te voeren.

Naar aanleiding van de resolutie van het Europees Parlement, die een betere kennis van het probleem van VGV aanbeveelt, werd besloten een derde onderzoek uit te voeren om de gegevens bij te werken. Dit laat toe maatregelen te nemen die het meest aangepast zijn aan de behoeften die voortvloeien uit dit probleem. Deze nieuwe studie werd uitgevoerd met dezelfde methode als de eerste twee, door de Groep voor de Afschaffing van vrouwelijke genitale verminking (GAMS België). GAMS kreeg daarbij de steun van een stuurgroep, bestaande uit het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS), het Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers (Fedasil), Kind & Gezin (K&G), het *l'Office de la naissance et de l'enfance* (ONE), het Hoog-Commissariaat voor de vluchtelingen van de Verenigde Naties (UNHCR) en het *Centre d'épidémiologie périnatale* (CEpiP). Andere betrokkenen zijn het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (IGVM) en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

2 Vrouwelijke genitale verminking

2.1 Definitie en classificatie van VGV

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) 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 WHO heeft deze verminkingen onderverdeeld in vier types (WHO 2008).

Kader 1. Types van vrouwelijke genitale verminking

Type 1: Gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris of de voorhuid van de clitoris ('clitoridectomie').

Type 2: Gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en de binnenste schaamlippen, met of zonder verwijdering van de buitenste schaamlippen ('excisie').

Type 3: Vernauwing of afsluiting van de ingang van de vagina door de binnenste of buitenste schaamlippen weg te halen en te hechten, met of zonder excisie van de clitoris ('infibulatie').

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

Het type verminking dat wordt uitgevoerd varieert volgens land van herkomst en etnische groep. Volgens de laatste studie van UNICEF (2013) heeft in Djibouti, Eritrea, Niger, Senegal en Somalië meer dan één op de vijf meisjes een verminking van type 3 (infibulatie) ondergaan.

2.2 Prevalentie en geografische spreiding

Volgens Unicef hebben meer dan 200 miljoen meisjes en vrouwen die nu in 30 landen in Afrika en het Midden-Oosten leven een vorm van genitale verminking ondergaan: clitoridectomie, excisie of infibulatie (UNICEF 2016).

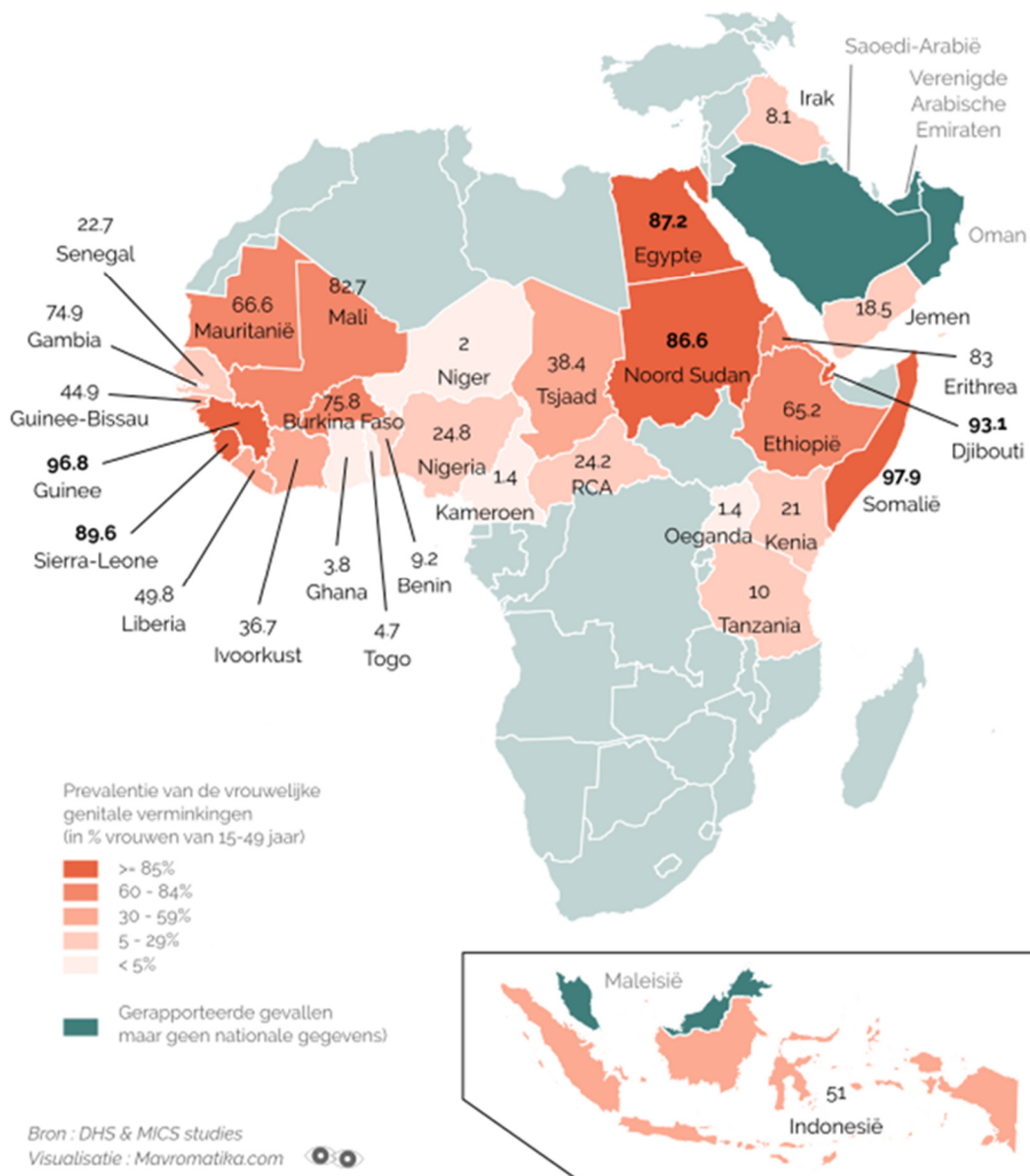
Deze praktijken gebeuren in mindere mate ook in andere delen van de wereld (Latijns-Amerika), maar het exacte aantal betrokken meisjes en vrouwen is niet bekend wegens gebrek aan nationaal gevoerde studies. We kennen ondertussen de omvang van deze praktijk in Indonesië omdat een recente studie aantoonde dat in dit land 51% van de meisjes jonger dan 12 jaar een vorm van genitale verminking onderging (NIHRD 2013).

De prevalentie verschilt in al deze landen van regio tot regio, zelfs binnen eenzelfde land. De etnische groep en het woongebied, alsook de houding van de overheden (sensibiliseringscampagnes, wetgeving, ...) zijn hiervoor bepalende factoren.

Ook bij gezinnen die zich in Europa vestigden, wordt de praktijk, in mindere mate, voortgezet tijdens vakanties in het land van herkomst of op het grondgebied van het gastland. In 2001 nam België een specifieke wet aan die VGV bestraft (artikel 409 van het Strafwetboek). De wet kan worden toegepast voor besnijdenis in het buitenland als de daders van het misdrijf in België verblijven. Verenigingen gespecialiseerd in de preventie van VGV voeren sensibiliseringscampagnes binnen de betrokken gemeenschappen.

Het probleem heeft vele facetten. Het gaat niet enkel om het beschermen van meisjes die het risico lopen op deze praktijk, maar ook om het opvolgen van mogelijke obstetrische en psychoseksuele complicaties bij besneden vrouwen en het omgaan met de stijgende vraag naar reconstructieve chirurgie.

Afbeelding 1. Geografische spreiding en prevalentie van vrouwelijke genitale verminking type 1, 2 en 3 in Afrika en het Midden-Oosten, 2016 (Bronnen: DHS/MICS – bijlage)



2.3 Omstandigheden waarin VGV wordt uitgevoerd

De leeftijd waarop vrouwelijke genitale verminking wordt uitgevoerd, hangt af van de etnische groep en varieert van enkele dagen na de geboorte tot de volwassen leeftijd. Volgens het laatste Unicefrapport wordt in de helft van de landen die over nationale gegevens beschikken de meerderheid van de meisjes besneden onder de leeftijd van 5 jaar (UNICEF 2013). In Egypte, de Centraal-Afrikaanse Republiek, Somalië en Tsjaad wordt minstens 80% van de meisjes besneden tussen 5 en 14 jaar. In Jemen wordt 84% van de meisjes besneden in de eerste week na de geboorte (7).

In Senegal is vrouwenbesnijdenis een zaak van vrouwen die behoren tot de smedenkaste (de zogenaamde '*forgeronnes*'). Elders is het een matrone of een traditionele vroedvrouw die de functie van besnijdster waarneemt. De plaats van de man in het gebeuren verschilt naargelang

de regio. Hoewel hij de aanstichter ervan is, speelt hij doorgaans geen actieve rol. In Egypte en Nigeria komt het wel voor dat een man (bijvoorbeeld de barbier) de verminking uitvoert.

Niemand legt het meisje of de adolescente uit wat er met haar gaat gebeuren. Meestal gebeurt de verminking zonder enige verdoving. 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 tot 20 minuten duren. In dit geval wordt de wonde zonder verdoving dichtgenaaid met grove, niet-steriele draad. In Somalië worden acaciadoornen gebruikt om de stompjes van de grote schaamlippen aan elkaar te hechten. Vervolgens worden cataplasmen (asse, aarde, eigeel, kruiden, ...) aangebracht om 'littekenvorming te bevorderen' en 'infectie en bloeding te voorkomen'. Om ervoor te zorgen dat de grote schaamlippen aan elkaar groeien worden de benen van het kind aan elkaar gebonden, zodat de dijen niet gespreid kunnen worden.

In sommige landen heeft men de verminking 'gemedicaliseerd': ze wordt uitgevoerd door een arts of een verpleegster, eventueel in een ziekenhuiscontext (WHO 2010). Dat is bijvoorbeeld het geval in Egypte. Volgens de bevolkings- en gezondheidsenquête van 2014 wordt 82% van de vrouwenbesnijdenissen bij meisjes tussen de 0 en 18 jaar er uitgevoerd door medisch personeel. Sinds de dood van een 11-jarig meisje tijdens een VGV uitgevoerd door een arts in juni 2007, verbiedt een ministerieel besluit (uitgevaardigd in juli 2007) besnijdenissen in openbare en particuliere gezondheidsfaciliteiten in Egypte. Dit decreet wordt helaas weinig nageleefd en de gemedicaliseerde besnijdenispraktijk gaat gewoon verder. In juni 2013 stierf een 13-jarig meisje nadat ze in een kliniek was besneden. De zaak kreeg opnieuw veel media-aandacht maar de hele kwestie kwam daarna weer in de vergetelheid terecht. Egypte is geen alleenstaand geval. Ook in landen als Kenia en Soedan wordt een groot deel (meer dan 40%) van de besnijdenissen uitgevoerd door zorgverleners (UNICEF 2013).

2.4 Redenen die aangevoerd worden om de praktijk verder te zetten

De betrokken gemeenschappen voeren meerdere redenen aan om de VGV-praktijk te verantwoorden, en verscheidene combinaties zijn mogelijk. De gewoonlijk 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 geweest, het gebeurt nog steeds, dat is alles. Het is natuurlijk en normaal".

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

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

Maagdelijkheid, kuisheid, trouw: VGV wordt gezien als een manier om de eer van de familie te vrijwaren, in de veronderstelling dat VGV seks en zwangerschap vóór het huwelijk voorkomt. In polygame huwelijken, waar de echtgenoot misschien niet al zijn vrouwen kan bevredigen en de vrouw gefrustreerd zou kunnen raken en mogelijk geneigd tot

buitenechtelijke relaties, wordt VGV beschouwd als een manier om de eer van de man te vrijwaren.

Vruchtbaarheid: er bestaan veel mythen rond vruchtbaarheid. VGV wordt geacht de vruchtbaarheid te bevorderen, en de overlevingskansen van het kind te vergroten. Sommige gemeenschappen denken bij voorbeeld dat de clitoris zo groot als een penis zal worden als deze 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. Sommige dingen worden haar verboden, zoals eten klaarmaken of het opdienen van maaltijden.

Religie: de VGV-praktijk dateert van vóór de opkomst van de monotheïstische religies, in het bijzonder de islam. Hoewel noch de Koran, noch enige andere religieuze tekst besnijdenis of infibulatie voorschrijft, passen sommige gemeenschappen ze toe uit religieuze overtuiging. VGV wordt overigens ook door diverse christelijke (katholieke, protestantse, koptische), joodse (de Ethiopische Falachas) en animistische gemeenschappen toegepast. De diverse godsdienstige autoriteiten zijn het vaak oneens: sommige moedigen VGV aan, andere vinden dit vreemd aan religie, en nog andere strijden voor 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 type 1 wordt door moslimgemeenschappen vaak soenna genoemd. Soenna vertegenwoordigt voor de islam alles wat goed is voor God. Het gebruik van deze term om over clitoridectomie te praten draagt bij tot de verwarring en de gedachte dat VGV een door de islam voorgeschreven praktijk zou zijn.

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

2.5 Gevolgen van vrouwelijke genitale verminking

Onmiddellijke complicaties

- Zeer hevige pijn, gepaard met angsten, waardoor meisjes in shock kunnen gaan;
- Bloedingen die dodelijk kunnen zijn;
- Wondinfecties;
- Urineretentie;
- Letsels aan omliggende organen.

Complicaties op lange termijn

- Dysmenorroe, genitale infecties, steriliteit;
- Dyspareunie, seksualiteitsstoornissen (voor beide partners);

- Recurrente urinaire infecties, dysurie, incontinentie;
- Littekenpijnen, cysten, abcessen, neurinomen;
- Zwangerschaps- en bevallingsproblemen (blokkering tijdens de bevalling, scheuren, fistels), specifiek bij vrouwen die een infibulatie hebben ondergaan;
- Risico op hiv-overdracht.

Psychologische gevolgen

Seksuele verminkingen kunnen een vrouw voor het leven tekenen. De psychologische verwikkelingen kunnen diep in het onderbewustzijn van het kind begraven zijn.

- Gedragsstoornissen;
- Verlies van vertrouwen in geliefden (ouderlijk verraad);
- Onrust, angsten;
- Depressie.

Alle types van verminking kunnen leiden tot min of meer ernstige complicaties. Type 3 (infibulatie) is het meest ingrijpend wat betreft weggesneden weefsel en vernauwing van de vulva, en brengt ook de meest ernstige complicaties met zich mee, vooral dan bij de bevalling. Naast de psychologische en fysieke gevolgen veroorzaakt VGV ook bijkomende kosten voor de gezondheidszorg, die moet opdraaien voor de kosten van complicaties (Adam 2010).

2.6 Nationale en internationale wetteksten over VGV

Op Europees en internationaal vlak worden nieuwe teksten aangenomen om de Staten ertoe aan te zetten preventieve en beschermende maatregelen te nemen ten aanzien van meisjes en vrouwen die het 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 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). Deze conventie werd in maart 2016 door België geratificeerd en zal als kader dienen voor het volgende nationaal plan ter bestrijding van gendergeweld (2015-2019). Het Europees Parlement heeft op 7 februari 2018 een resolutie gestemd over zerotolerantie voor VGV (2017/2936(RSP)), dat aandringt op de noodzaak van gegevensverzameling over de prevalentie van VGV in Europa (art. 16) (Europees Parlement 2018).

Wat zegt de wet in België?

De wet verbiedt VGV in België, zoals dat ook in veel andere landen het geval is.

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

Artikel 409 van het Strafwetboek – uittreksel (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 winst oogmerk, is de straf opsluiting van vijf jaar tot zeven jaar. Met dezelfde straf wordt gestraft hij die aanzet tot eender welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijk geslacht of er, direct of indirect, schriftelijk of mondeling reclame voor maakt of doet maken, uitdeelt, verdeelt of verspreidt.

In 2014 werd een amendement goedgekeurd waarbij 'aanzetten tot VGV' strafbaar wordt.

Het beroepsgeheim kan worden opgeheven om een minderjarige te beschermen.

Artikel 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.

Artikel 422 bis van het Strafwetboek (schuldig verzuim)

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.

Artikel 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.

Artikel 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?

Meerdere internationale verdragen werden 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 ervoor te waken dat deze rechten worden beschermd;
- Conventie van Istanbul: Conventie ter voorkoming en bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld (geratificeerd in 2016).

3 Problematiek van VGV in Europa en België

3.1 Kinderen die een risico lopen

Meisjes die in Europa geboren zijn of op jonge leeftijd met hun ouders op het grondgebied zijn aangekomen, lopen het risico te worden besneden. De druk van de familie en de omgeving is immers groot, 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 had 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 uitgevoerd bij 254 leden van de *Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique* (GGOLFB 2009). Daaruit blijkt dat er dat jaar acht aanvragen tot besnijdenis of infibulatie werden geformuleerd. Tot op heden werd er in België nog geen enkel proces gevoerd.

Recentelijk toonde een actieonderzoek, opgezet in het kader van het Netwerk voor strategisch overleg ter bestrijding van VGV, een toename aan in België van het aantal meldingen van kinderen die besnijdenis riskeren, onder meer naar aanleiding van terugkeer naar het land van herkomst tijdens de vakantie (De Brouwere 2013). Tussen 1 januari 2009 en 30 juni 2013 werden er 52 gevallen geteld. De meerderheid hiervan 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. Deze daling wordt echter gecompenseerd door een hoger risico op VGV in de prepuberteit en de puberteit wanneer jonge meisjes naar het land van herkomst worden teruggestuurd om te worden besneden en om erna vaak ook te worden uitgehuwelijkt.

Voor families die in Europa wonen kan de besnijdenis uitgevoerd worden tijdens een vakantie in het land van herkomst, door een clandestiene besnijdsters tijdens een verblijf in een Europees buurland of door het uitnodigen van traditionele besnijdsters naar Europa.

Als families weten dat in het gastland besnijdenis bij wet verboden is, 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).

3.2 Invloed van migratie op vrouwenbesnijdenis

Migratie kan een aanzienlijke invloed hebben op VGV, zowel op attitudes ten aanzien van de praktijk alsook op het uitvoeren ervan. Heel wat gastlanden, waaronder België, hebben een specifieke strafwet tegen VGV. De sociale druk, uitgeoefend door zowel *peers* als familie in het herkomstland, is voor deze migranten echter nog steeds aanwezig.

In 2010 werd in Franstalig België een kwalitatieve studie uitgevoerd naar de redenen en de logica rond het bestendigen en afschaffen van vrouwelijke genitale verminking binnen de betrokken populaties van Afrikaanse herkomst (Dieleman 2010). De studie toonde aan dat het besef dat besnijdenis niet door religie wordt voorgeschreven en geen universeel gegeven is, alsook dat 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 over de gevolgen van besnijdenis teweegbrengen, maar kan ook leiden tot complexe contradicties tussen de normatieve verplichtingen die bestaan in het land van herkomst enerzijds, en in het land van bestemming anderzijds. Ouders voelen zich tussen twee vuren zitten. Enerzijds zijn er de normen en verplichtingen die bestaan in het land van bestemming en die besnijdenis gelijkstellen met verminking – en bijgevolg als een inbreuk op de mensenrechten die bij wet moet worden bestraft. Anderzijds zijn er 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 of enkele dochters in het gezin te laten besnijden. Om de praktijk niet helemaal uit te bannen kunnen 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 een familie blijft er een tendens bestaan om zich aan de leefregels, de gewoonten en het identiteitskader van herkomst te houden. Dit gebeurt om de familie te plezieren en om binnen de maatschappij van herkomst niet te worden gemarginaliseerd, en vooral 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 afname van genderongelijkheid (wanneer vrouwen toegang krijgen tot onderwijs en tewerkstelling). Anderzijds kan het vasthouden aan de praktijken van het herkomstland gezien worden als een extra vangnet voor 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. Bepaalde gemeenschappen die in een gunstiger economisch klimaat terecht kwamen, 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). De studie *'Men Speak Out'* over de perceptie van migrantenmannen in drie Europese landen (België, Nederland en het Verenigd Koninkrijk) bevestigt de positieve impact van migratie: hoe langer mannen in Europa waren, hoe minder positief ze tegenover deze praktijk stonden. Degenen die religie als reden voor VGV aanhaalden, waren daarentegen minder geneigd hun perceptie van de praktijk te veranderen en deze af te zweren (O'Neill 2017 et al.).

3.3 Gezondheidszorg voor besneden vrouwen

Professionals uit de gezondheidszorg worden met de problematiek van vrouwelijke genitale verminking geconfronteerd en weten niet altijd hoe hiermee om te gaan. Uit een onderzoek van 2003 bij vroedvrouwen en gynaecologen in Luik (55 respondenten/132 verzonden vragenlijsten), bleek dat 45,5% van de respondenten één of meer VGV-gevallen tegenkwam tijdens de voorbije twee jaren. Er werden zeven aanvragen tot herinfibulatie gerapporteerd en vijf uitgevoerd (Mager 2003).

Van de 168 respondenten op de enquête bij Vlaamse gynaecologen, geconfronteerd met één of meerdere vrouwen die infibulatie hadden ondergaan, ontving 27% de vraag om een herinfibulatie uit te voeren: 18 gynaecologen deden dit, waaronder 7 volledige herinfibulaties (Leye 2008).

Om de gezondheidsprofessionals beter te ondersteunen, organiseert de FOD Volksgezondheid sinds 2012 een opleiding voor materniteitspersoneel in ziekenhuizen (perinatale zorg) en reisklinieken (preventie voor vertrek met vakantie). Een honderdtal vroedvrouwen werkzaam in antennes kregen eveneens een opleiding in één van de grote ziekenhuizen van het land om als schakel te fungeren tussen de betrokken vrouwen, het zorgteam en de gespecialiseerde verenigingen, en dit voor een betere coördinatie van de ondersteuning. Ook werden er richtlijnen voor professionals opgesteld en verspreid.

In 2014 richtte België twee centra op, geaccrediteerd door het RIZIV: aan het Sint-Pietersziekenhuis in Brussel en het UZ in Gent. Zij bieden multidisciplinaire ondersteuning aan besneden meisjes en vrouwen: medische, psychologische en seksuologische zorg en clitorale reconstructie voor vrouwen die dit willen (alleen mogelijk vanaf 18 jaar).

4 Kennis inzake prevalentiestudies over VGV in Europa

Er werden al prevalentiestudies uitgevoerd in Frankrijk, Engeland en Wales, Ierland, Italië, Nederland, Hongarije en Duitsland (Andro 2007, Thierfelder 2003, Dorkenoo et al. 2007, Akidwa 2013, Fondazione L'Albero della Vita 2011, Colombo 2010, Degani 2009, Exterkate 2013, Kőszeghy 2012, Integra 2017).

Het Hoog Commissariaat voor de Vluchtelingen van de Verenigde Naties (UNHCR) publiceerde een studie met een raming van het aantal asielaanvraagsters in de Europese Unie die potentieel getroffen kunnen worden door VGV, zodat er rekening kan 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 beoefend, de respectieve prevalenties toegepast die werden gerapporteerd in de *Demographic and Health Surveys* (DHS) die in deze landen werden gerealiseerd. Het belangrijkste nadeel van deze techniek is dat VGV eerder een etnische dan een nationaliteitskwestie is, en dat er in de bevolkingsregisters geen informatie beschikbaar is over de etnische afkomst van vrouwen.

Een beter 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 aanvragen. Deze prevalenties zouden kunnen worden verkregen door ofwel een punctueel onderzoek in de opvangcentra, ofwel door de routinegegevens uit de medische dossiers van de opvangcentra te noteren voor het geval dat er in de anamnese later vragen rond VGV opduiken. Dit was het voorwerp van een aanbeveling naar aanleiding van het eerste onderzoek maar werd niet in de praktijk omgezet.

De waargenomen prevalentiegegevens zijn momenteel nog niet beschikbaar en dus werden de prevalenties van de *Demographic and Health Surveys* (DHS) en de *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS) toegepast per leeftijdscategorie. Dit is namelijk de meest precieze schatting die voorhanden is. 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).

Er moet ook rekening gehouden worden met de invloed van 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). Franse onderzoekers hebben geprobeerd een onderscheid te maken tussen verschillende categorieën: meisjes geboren in Frankrijk, meisjes aangekomen

voor ze 15 waren en meisjes en vrouwen aangekomen na hun 15^{de}. Op die manier hebben ze voor vrouwenbesnijdenis in Frankrijk de minimale en maximale prevalentieramingen berekend (Andro 2007). EIGE heeft sinds 2015 een gestandaardiseerde methode ontwikkeld voor het ramen van risicomeisjes in Europa (EIGE 2015a, EIGE 2015b) en stelt voor om een acculturatiefactor toe te passen tussen 0 en 1 (0 zou overeenkomen met een nulrisico, dit wil zeggen dat alle meisjes worden beschermd tegen deze praktijk; 1 staat voor alle meisjes worden besneden). Het is echter problematisch om de impact van migratie op het risico op besnijdenis te beoordelen met een numerieke waarde die geldig is voor alle meisjes geboren in het gastland. De variatie tussen de verschillende gemeenschappen is groot, zelfs binnen eenzelfde gemeenschap. Er werd voorgesteld om deze acculturatiefactor te schatten door middel van een kwalitatieve studie (focusgroep). Om geldig te zijn moet een diepgaande studie worden gevoerd voor elke gemeenschap in elk land (waarvoor middelen en tijd nodig zijn). In de laatste EIGE-studie, gepubliceerd in 2018, konden onderzoekers slechts vier focusgroepen per land realiseren. Het was niet mogelijk om tot een gevalideerde waarde tussen 0 en 1 te komen voor meisjes van de tweede generatie (EIGE 2018). Bovendien wordt in de methodologie voorgesteld om de mediane leeftijd voor besnijdenis in de formule op te nemen voor het schatten van de prevalentie van meisjes die gevaar lopen, maar in een migratiecontext is de leeftijd voor besnijdenis niet identiek aan die van het land van herkomst. Ouders laten hun dochters besnijden net voor ze migreren omdat ze weten dat in Europa de praktijk verboden is. Of ze vragen asiel aan in Europa omdat ze na de mediane leeftijd hun dochter niet langer tegen VGV kunnen beschermen. In het gastland kunnen ouders een besnijdenis voor alle meisjes van het gezin organiseren, ongeacht de leeftijd, als de gelegenheid zich voordoet (aanwezigheid van een besnijdstster in het gastland of familie-uitstap naar het land van herkomst).

5 Doelstellingen

5.1 Algemene doelstelling

Deze kwantitatieve studie beoogt een actualisering van de gegevens van 2012 over de prevalentie van vrouwelijke genitale verminking in België.

5.2 Specifieke doelstellingen

De specifieke doelstellingen van deze studie zijn de actualisatie van de volgende gegevens:

- het aantal besneden meisjes en vrouwen die in België wonen;
- het aantal in België wonende meisjes en vrouwen die een VGV-risico lopen;
- de doelgroep van de diverse medico-sociale diensten betrokken bij VGV.

5.3 Promotor en onderzoekers

Deze studie beantwoordt aan de aanbevelingen uit de resolutie van het Europees Parlement van 7 februari 2018 over vrouwelijke genitale verminking (artikel 16) (Europees Parlement 2018). Ze werd uitgevoerd door GAMS België op verzoek van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen en het federale ministerie van Volksgezondheid, met de steun van een begeleidend comité (CGVS, Fedasil, IGVM, K&G, Dokters van de Wereld, ONE, FOD Volksgezondheid).

6 Methodologie

6.1 Verloop van het onderzoek

Het onderzoek werd toevertrouwd aan GAMS België met de ondersteuning van een begeleidingscomité. Het comité werkte via mail en kwam drie keer bijeen voor de validering van de methodologie en de resultaten (op 5 september 2017, 12 januari en 19 februari 2018).

Hoofdonderzoekers waren Dominique Dubourg en Fabienne Richard van GAMS België.

Het begeleidingscomité bestond uit (in alfabetische volgorde):

- Valentine Audate, Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS)
- Nicolas Belkacemi, Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (IGVM)
- Rita Eggermont, Kind & Gezin (K&G)
- Martine Hendrickx, Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers (Fedasil)
- Stéphane Heymans, Dokters van de Wereld
- Samuel Ndamè, *Office de la Naissance et de l'Enfance* (ONE)
- Hans Verrept, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

6.2 Profiel en taken van de hoofdonderzoekers

Dominique Dubourg, arts, demograaf: compilatie van de gegevens van StatBel en andere bronnen, opstellen van verschillende ramingen vanuit de DHS/MICS-prevalenties, cartografie, redactie van het preliminair en eindrapport.

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

Kader 1. Tijdslijn van de studie

Periode	Activiteiten
September - december 2017	Gegevensgaring ONE, K&G, Fedasil (Dienst Vreemdelingenzaken), ADSEI, Dokters van de Wereld Vergadering van het begeleidingscomité op 5 september 2017
December 2017 - februari 2018	Analyse van de gegevens Preliminair resultaten Validering door het begeleidingscomité op 19 februari 2018
Maart 2018	Redactie eindrapport (korte versie) Vertaling (FR/NL)
April - mei 2018	Redactie eindrapport (korte en lange versie) Vertaling (FR/NL)

6.3 Gegevensbronnen

De eerste gegevensbron was het databestand verstrekt door de **Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie – Statistics Belgium** (StatBel) van de FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie (gegevens van het Rijksregister).

De geboortecijfers zijn afkomstig van het *Office de la Naissance et de l'Enfance* (ONE) voor de Franstalige Gemeenschap (Wallonië en Brussel) en van **Kind & Gezin** (K&G) voor de Vlaamse Gemeenschap.

Deze gegevens werden aangevuld met informatie van de Dienst Vreemdelingenzaken en Fedasil. Ze hadden betrekking op de vrouwelijke bevolking die asiel aanvraag in België en op meisjes en vrouwen, niet-asielzoekers, die zich op 31 december 2016 in het opvangnetwerk bevonden. De andere data werden verstrekt door Dokters van de Wereld en hadden betrekking op de vrouwelijke populaties in een irreguliere situatie die in de loop van 2016 verzorgd werden in één van de antennes van Dokters van de Wereld.

De algemene prevalenties en de prevalenties per leeftijdscategorie werden samengebracht aan de hand van de recentste **Demographic and Health Surveys** (DHS) en de **Multiple Indicator Cluster Surveys** (MICS), gepubliceerd op 26 december 2017 op de officiële websites <http://www.measuredhs.com> en http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html (zie tabel in bijlage).

Deze nieuwe studie maakt gebruik van dezelfde methodologie als de studies die in 2010 en 2014 verschenen. De gebruikte gegevens zijn echter vollediger en preciezer op vier punten.

Het eerste verschil is de toevoeging van Indonesië als land waar VGV wordt toegepast. Het is reeds lang bekend dat de praktijk er voorkomt. Bij de vorige studie was het niet mogelijk om vrouwen uit dit land op te nemen in de schattingen want er was voor dit land geen enkele prevalentiestudie beschikbaar. In 2013 werd een studie uitgevoerd door het Indonesisch ministerie voor Volksgezondheid waarin de prevalentiegegevens voor VGV voor 2013 werden opgenomen (NIHRD 2013). De beschikbaarheid van deze recente VGV-prevalentiegegevens liet toe de vrouwelijke populatie afkomstig uit Indonesië in de prevalentiestudie van 2016 op te nemen.

Een tweede verbetering betreft de gegevens over de asielaanvragers zonder papieren, die dus niet in de bevolkingsregisters zijn opgenomen en niet in het opvangnetwerk van Fedasil zitten. De gegevens over deze vrouwen werden verstrekt door Dokters van de Wereld en zijn mogelijk onvolledig, omdat het weinig waarschijnlijk is dat deze vrouwen de centra van deze organisatie bezoeken. We gaven echter de voorkeur aan een nationale organisatie om dubbeltelling te vermijden (in het geval van cumulatie van gegevens van verschillende verenigingen die werken met mensen zonder papieren).

De derde wijziging betreft de opname van de leeftijd bij aankomst (gegevens niet beschikbaar bij eerdere studies) in de berekening. Dit maakt het mogelijk verschillende hypothesen op te stellen over meisjes die een risico lopen of die al besneden werden op basis van hun leeftijd bij aankomst in België.

Een laatste verschil is dat er rekening werd gehouden met het aantal meisjes dat door België wordt beschermd door de toekenning van internationale bescherming (vluchtelingenstatus of subsidiaire bescherming). Aangezien dit cijfer in België aanzienlijk is in vergelijking met andere Europese landen, heeft het belang dat hiermee rekening gehouden wordt.

6.4 Beschrijving van de gegevens

6.4.1 Databank van StatBel

Deze gegevens hebben betrekking op vrouwen die op 31 december 2016 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:

- geboorteplaats (landcode of gemeentecode voor de personen geboren in België);
- huidige nationaliteit;
- eerste geregistreerde nationaliteit;

- geboorteland;
- geboortjaar;
- land van herkomst;
- leeftijd op 31 december 2016;
- provincie van verblijf op 31 december 2016.

De gegevens van StatBel betreffen 50.464 meisjes en vrouwen waarvan er 48.529 geboren zijn in landen waar VGV wordt toegepast en 1.935 elders. Van de meisjes en vrouwen geboren in een land waar VGV wordt uitgevoerd, arriveerden er 3.392 in België vóór de leeftijd van 5 jaar, 3.533 tussen 5 en 9 jaar, 3.574 tussen 10 en 14 jaar en 38.030 kwamen er toe op 15-jarige leeftijd of ouder.

Om dubbels te voorkomen werd er geen rekening gehouden met de gegevens die betrekking hebben op de geboorten in België (tussen 1998 en 2016) van meisjes waarvan de huidige nationaliteit of de nationaliteit van herkomst die is van een land waar besnijdenissen gebeuren. Deze gegevens zijn namelijk beschikbaar in de meer precieze databestanden van ONE en K&G.

Tabel 1 geeft een beeld van de spreiding per regio en per oorsprongs- of huidige nationaliteit van deze in België wonende vrouwenpopulatie.

In 2012 waren er 35.426 vrouwen uit een land waar VGV voorkomt geregistreerd in het bevolkingsregister. Nu zijn dat er 50.464 (deze cijfers houden geen rekening met kinderen geboren in België, deze gegevens staan in tabel 2 die gegevens van ONE en K&G bevat). Deze toename is enerzijds toe te schrijven aan de toevoeging van Indonesië (1.633 vrouwen, die 3% van deze populatie en 11% van de toename vertegenwoordigen) en anderzijds aan de inschrijving in het bevolkingsregister van vrouwen afkomstig uit o.a. Guinee, Kameroen, Irak en Somalië (8.066 nieuwe inschrijvingen). Vrouwen afkomstig uit die vier landen vertegenwoordigen samen met Indonesië 64% van de toename van de betrokken vrouwenpopulatie tussen 2012 en 2016.

Tabel 1. Spreiding van de populatie vrouwen per oorsprongs- of huidige nationaliteit volgens gewest van verblijf op 31 december 2016 (gegevens StatBel)

Oorsprongs- of huidige nationaliteit	Gewest van verblijf				Toename tegenover 2012
	Brussel-Hoofdstad	Vlaanderen	Wallonië	Totaal	
Benin	225	128	268	621	128
Burkina Faso	256	190	307	753	180
Centraal-Afrikaanse Republiek	67	44	89	200	53
Djibouti	333	86	212	631	214
Egypte	341	754	137	1.232	307
Eritrea	13	176	12	201	173
Ethiopië	263	1.164	332	1.759	412
Gambia	19	249	24	292	82
Ghana	575	3.612	343	4.530	701
Guinee	3.531	1.476	1.667	6.674	2.642
Guinee-Bissau	60	23	20	103	17
Indonesië	201	1.259	173	1.633	1.633
Irak	623	3.679	1.041	5.343	2.092
Ivoorkust	743	527	1.338	2.608	546
Jemen	21	45	21	87	39

Kameroen	2.752	2.192	4.382	9.326	2.329
Kenia	90	631	80	801	187
Liberia	77	225	22	324	22
Mali	144	160	167	471	87
Mauritanië	264	126	146	536	135
Niger	308	134	253	695	131
Nigeria	366	2.334	211	2.911	411
Oeganda	52	251	32	335	103
Senegal	822	796	723	2.341	625
Sierra Leone	139	471	27	637	144
Somalië	358	1.320	409	2.087	1.003
Soedan	82	270	48	400	75
Tanzania	51	166	34	251	68
Tsjaad	115	43	76	234	32
Togo	681	603	1.164	2.448	467
Totaal	13.572	23.134	13.758	50.464	15.038

6.4.2 Gegevens van K&G en ONE

Kind & Gezin en ONE bezorgden de geboortecijfers van meisjes en jongens van wie de moeder afkomstig is uit een land waar besnijdenissen worden uitgevoerd, ongeacht de huidige nationaliteit van de moeder. Tussen 1998 en 2016 gaat het om 17.397 meisjes. Deze gegevens, gerangschikt per land van herkomst van de moeder, geven informatie over meisjes met een buitenlandse nationaliteit geboren in België, maar ook over meisjes geboren met de Belgische nationaliteit van wie de moeder, afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast, de Belgische nationaliteit had bij de geboorte van haar kind. De gegevens worden voorgesteld per leeftijdsgroep voor meisjes tussen 0-17 jaar en afzonderlijk voor meisjes van 18 jaar, omdat in de analyses bijzondere aandacht besteed wordt aan minderjarige meisjes.

Tabel 2. Geboortes in België van meisjes van wie de moeder afkomstig is uit een land waar VGV wordt toegepast, volgens land van herkomst van de moeder en de huidige leeftijd (Bronnen: K&G en ONE, 1998-2016)

Land van oorsprong van de moeder	Leeftijdscategorieën					Totaal
	0-4	5-9	10-14	15-17	18	
Benin	88	48	18	5	1	160
Burkina Faso	86	69	23	5	2	185
Kameroen	1.345	813	372	73	22	2.625
Centraal-Afrikaanse Republiek	14	15	8	5	2	44
Djibouti	84	56	18	0	0	158
Egypte	203	153	93	22	3	474
Eritrea	71	7	7	2	0	87
Ethiopië	140	106	27	17	3	293
Gambia	46	41	19	5	1	112
Ghana	794	667	349	90	20	1.920
Guinee	1.533	839	320	47	5	2.744
Guinee-Bissau	8	6	2	1	0	17
Indonesië	105	103	90	0	0	298
Irak	825	350	174	22	0	1.371
Ivoorkust	337	232	97	23	6	695

Jemen	19	11	4	0	0	34
Kenia	98	57	38	15	4	212
Liberia	43	43	40	17	1	144
Mali	74	56	26	12	3	171
Mauritanië	74	68	45	35	14	236
Niger	198	185	86	74	26	569
Nigeria	722	518	377	88	13	1.718
Oeganda	37	24	15	4	1	81
Senegal	328	238	133	35	3	737
Sierra Leone	119	87	80	24	4	314
Somalië	388	197	134	53	6	778
Soedan	80	55	42	6	0	183
Tanzania	59	29	17	5	5	115
Togo	350	274	148	31	17	820
Tsjaad	42	31	23	5	1	102
Totaal	8.310	5.378	2.825	721	163	17.397

6.4.3 Gegevens van Fedasil

De gegevens van Fedasil betreffen de vrouwelijke populaties die in 2016 in België asiel aanvroegen en meisjes en vrouwen, niet-asielaanvragers, die onderdak kregen in een opvangcentrum op 31 december 2016.

In deze studie hielden we enkel rekening met meisjes geboren buiten België, omdat kinderen geboren in België geregistreerd worden door K&G of ONE.

Terwijl we tussen 2007 en 2012 een belangrijke toename noteerden van het aantal asielaanvragers, was dit niet meer het geval tussen 2012 (2.233 aanvragen) en 2016 (2.444 aanvragen). De landen met een verhoging van het aantal aanvragen zijn Irak (3,8 keer meer aanvragen) en Somalië (2,5 keer meer aanvragen). Het aantal verzoeken van vrouwen uit Guinee daalde met de helft, terwijl tussen 2007 en 2012 het aantal asielaanvragen van deze vrouwen nog sterk toenam.

Tabel 3. Vrouwelijke populatie in het opvangnetwerk en afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast, per huidige nationaliteit (Bron: Fedasil, 2016)

Land van herkomst	Aantal vrouwen
Benin	10
Burkina Faso	25
Centraal-Afrikaanse Republiek	4
Djibouti	58
Egypte	20
Eritrea	76
Ethiopië	40
Gambia	2
Ghana	1
Guinee	332
Guinee-Bissau	2
Indonesië	0
Irak	999
Ivoorkust	44

Jemen	10
Kameroen	94
Kenia	3
Liberia	3
Mali	22
Mauritanië	37
Niger	23
Nigeria	48
Oeganda	6
Senegal	45
Sierra Leone	8
Somalië	473
Soedan	24
Tanzania	0
Togo	28
Tsjaad	7
Totaal	2.444

6.4.4 Gegevens van Dokters van de Wereld

Deze gegevens hebben betrekking op vrouwen in een irreguliere situatie die verzorgd werden in één van de centra van Dokters van de Wereld België. Deze data zijn wellicht onvolledig omdat het onwaarschijnlijk is dat alle vrouwen zonder papieren de diensten van deze organisatie bezoeken. We gaven er de voorkeur aan enkel één nationale organisatie op te nemen in onze studie om dubbeltelling te voorkomen (in het geval van overlapping van gegevens van verschillende organisaties die werken met mensen zonder papieren).

Tabel 4. Vrouwelijke populatie, afkomstig uit een land waar VGV wordt uitgevoerd, die de centra van Dokters van de Wereld heeft bezocht, volgens huidige nationaliteit. (Bron: Dokters van de Wereld, 2016)

Land van herkomst	Aantal vrouwen
Benin	4
Burkina Faso	2
Centraal-Afrikaanse Republiek	0
Djibouti	0
Egypte	1
Eritrea	6
Ethiopië	8
Gambia	3
Ghana	13
Guinee	27
Guinee-Bissau	1
Indonesië	0
Irak	56
Ivoorkust	8
Jemen	0
Kameroen	48
Kenia	4

Liberia	0
Mali	2
Mauritanië	0
Niger	2
Nigeria	51
Oeganda	2
Senegal	16
Sierra Leone	6
Somalië	8
Soedan	0
Tanzania	1
Togo	2
Tsjaad	0
Totaal	271

6.4.5 Gegevens van CGVS

In het kader van deze studie werden voor het eerst cijfers vergaard over meisjes die omwille van VGV internationale bescherming genieten.

De data werden verzameld op 29/09/2017. Op dat moment genoten 1.803 meisjes internationale bescherming omwille van VGV (reeds uitgevoerd of omdat ze een risico liepen):

- 100 meisjes waren reeds besneden;
- 1703 meisjes waren intact;
 - 694 meisjes zijn geboren in een land waar VGV wordt toegepast (400 van hen kwamen toe vóór de leeftijd van 5 jaar, 206 waren tussen 5 en 9 jaar en 48 waren 10 jaar of ouder);
 - 975 meisjes zijn in België geboren;
 - 34 meisjes zijn geboren in een land waar VGV niet wordt toegepast.
 -

6.4.6 Prevalentie van VGV per land

Om onze schattingen uit te voeren gebruikten we de prevalenties zoals gepubliceerd in de laatste nationale studies (26 december 2016). De twee voornaamste informatiebronnen zijn de *Demographic and Health Surveys* (DHS) en de *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS).

Sinds de studie van 2013 werden er 21 nieuwe enquêtes (8 MICS, 12 DHS en een Bevolkings- en Gezondheidsonderzoek) uitgevoerd. Hierdoor beschikten we over meer recente prevalentiegegevens (2012 tot 2016) voor 21 landen. Voor drie landen hebben we echter enkel oude data, nl. Kameroen (2004), Djibouti (2006) en Somalië (2006).

Prevalenties per leeftijd zoals vermeld in de verschillende onderzoeken zijn in de bijlage terug te vinden.

Tabel 5. Prevalentie van vrouwelijke genitale verminking per land (algemene prevalentie)

Land	Algemene prevalentie	Bron
Benin	9,2	MICS 2014
Burkina Faso	75,8	DHS 2010
Centraal-Afrikaanse Republiek	24,2	MICS 2010
Djibouti	93,1	MICS 2006
Egypte	87,2	HIS 2015
Eritrea	83	Population and Health Survey 2010
Ethiopië	65,2	DHS 2016
Gambia	74,9	DHS 2013
Ghana	3,8	MICS 2011
Guinee	96,8	MICS 2016
Guinee-Bissau	44,9	MICS 2014
Indonesië	51	Basic Health Research Survey 2013
Irak	8,1	MICS 2011
Ivoorkust	36,7	MICS 2016
Jemen	18,5	DHS 2013
Kameroen	1,4	DHS 2004
Kenia	21	DHS 2014
Liberia	49,8	DHS 2013 (members of the secret society)
Mali	82,7	MICS 2015
Mauritanië	66,6	MICS 2015
Niger	2	DHS 2012
Nigeria	24,8	DHS 2013
Oeganda	1,4	DHS 2011
Senegal	22,7	DHS 2016
Sierra Leone	89,6	DHS 2013
Somalië	97,9	MICS 2006
Soedan	86,6	MICS 2014
Tanzania	10	DHS 2015-2016
Togo	4,7	DHS 2013-2014
Tsjaad	38,4	DHS 2014-2015

Bronnen: DHS/MICS-studies beschikbaar op 26 december 2017

Prevalenties per leeftijd werden als volgt toegepast aangezien DHS en MICS voor slechts 19 landen prevalenties per leeftijdstranche van 5 jaar aangeven tussen 0 en 14 jaar.

- 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.
- De specifieke prevalenties per leeftijdscategorie van 5 jaar voor vrouwen tussen 20 en 49 jaar konden worden toegepast aangezien deze beschikbaar zijn in DHS of 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 categorie 45- tot 49-jarigen toegepast aangezien dit de dichtst benaderende beschikbare prevalentie is.

Aangezien leeftijdsspecifieke prevalenties voor de Liberiestudie niet beschikbaar waren, gebruikten we leeftijdsspecifieke prevalentie als proxy, het leeftijdsspecifieke deel van de

vrouwelijke populatie dat tot een geheime genootschap behoort. Inderdaad, in Liberia wordt VGV enkel in deze geheime genootschappen beoefend (*Sande Bush Society*).

Voor Indonesië hebben we slechts de prevalentie van meisjes onder de 12 jaar, deze is toegepast op alle leeftijdsgroepen.

Voor Soedan hielden we rekening met de leeftijdsprevalenties die zijn gepubliceerd door MICS 2014. Deze gegevens hebben alleen betrekking op vrouwen die in de 15 noordelijke deelstaten van het land wonen, de enige staten waar VGV een gangbare praktijk is. Het is mogelijk dat VGV ook in het zuiden wordt toegepast, maar als dat zo is, betreft het alleen zeer specifieke, kleine populaties. We hebben geen gegevens over Soedanese vrouwen in België, uitgesplitst naar Noord en Zuid. Daarom pasten we de waargenomen prevalentie in Noord-Soedan toe op alle vrouwen uit deze landen (Noord-Soedan en Zuid-Soedan). Het aantal vrouwen dat potentieel te maken krijgt met VGV in Soedan wordt wellicht overschat.

6.4.7 Uiteindelijk databestand

Het uiteindelijke databestand telt 70.576 vrouwen (50.464 in het StatBel-bestand, 17.397 van ONE en K&G, 2.444 van Fedasil en 271 van Dokters van de Wereld).

Tabel 6. Samenstelling van de uiteindelijke studiepopulatie

Bron	Status	Geboorteland	Leeftijd bij aankomst in België			Totaal
			<5 jaar	5-9 jaar	10 jaar en ouder	
Rijksregister	Meisjes en vrouwen ingeschreven in het Rijksregister in 2016	VGV-landen	3.392	3.533	41.604	48.529
		Niet-VGV-landen				1.935
ONE - K&G	Meisjes geboren tussen 1998 en 2016 uit een moeder afkomstig uit een VGV-land	België				17.397
Fedasil	Meisjes en vrouwen, al dan niet asielaanvraagsters, die onderdak vonden in een opvangnetwerk in 2016	VGV-landen				2.444
Dokters van de Wereld	Meisjes en vrouwen zonder papieren die verzorgd werden in één van de centra van Dokters van de Wereld in 2016	VGV-landen				271
Totaal						70.576

Om de risicogeboortes (risicobevallingen voor de moeders, zie hoofdstuk **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) te bestuderen maakten we gebruik van de gegevens over alle geboortes in België (16.513 meisjes en 16.875 jongens) uit moeders afkomstig uit een land waar VGV voorkomt en die door K&G en ONE geregistreerd werden, voor de periode 2002-2012.

6.5 Berekeningshypothesen

Het Wetenschappelijk Comité heeft de diverse methodologieën, gebruikt in prevalentieonderzoeken in Europa, bestudeerd om de meest geschikte methode te kiezen voor het inschatten van het aantal meisjes en vrouwen dat waarschijnlijk al besneden is of een risico loopt op genitale verminking. We besloten verschillende hypothesen voorop te stellen in functie van geboorteplaats, leeftijd bij aankomst in België (nieuw gegeven) en het internationale beschermingsstatuut voor VGV (nieuw gegeven). Voor meisjes en vrouwen geboren in een land waar VGV wordt uitgevoerd en hier toegekomen na de leeftijd van 15

jaar, kan de leeftijdsspecifieke prevalentie uit MICS- en DHS-studies met een relatief hoge zekerheid worden toegepast. Voor meisjes geboren in een land waar VGV wordt uitgevoerd en die vóór de leeftijd van 15 jaar arriveren, maakten we twee hypothesen: op basis van hun leeftijd bij aankomst, vóór 5 jaar of tussen 5 en 9 jaar. Deze leeftijden werden gekozen op basis van de mediane leeftijd waarop genitale verminking wordt toegepast in de landen van herkomst: in 12 landen ligt deze leeftijd lager dan 5 jaar, in 12 landen varieert deze tussen 7 en 9 jaar en in 6 landen tussen 10 en 14 jaar.^{1,2}

- Volgens de **ongunstige hypothese** zijn alle meisjes en vrouwen, geboren in een land waar VGV wordt toegepast (heel waarschijnlijk) al besneden of geïnfibuleerd als ze in België toekomen, behalve zij die ter bescherming hiertegen reeds asiel kregen.

Alle meisjes en vrouwen, geboren in België of een land waar VGV niet gebruikelijk is, zijn intact.

- Volgens de **gemiddelde hypothese** zijn meisjes en vrouwen, geboren in een land waar VGV uitgevoerd wordt, en **in België toegekomen op 5-jarige leeftijd of ouder**, (zeer waarschijnlijk) besneden of geïnfibuleerd in hun oorsprongslaan, in dezelfde verhouding als bij de leeftijdscategorie 15-19 jaar, behalve als zij asiel kregen om hen te beschermen na de leeftijd van 5 jaar.

Meisjes en vrouwen geboren in een land waar VGV wordt uitgevoerd en die in België toekwamen **voor hun 5 jaar** zijn intact.

Alles meisjes en vrouwen geboren in België of een land waar VGV niet gebruikelijk is, zijn intact.

- Volgens de **gunstige hypothese** zijn alle meisjes en vrouwen, geboren in een land waar VGV wordt uitgevoerd en **in België toegekomen op 10-jarige leeftijd of ouder** (zeer waarschijnlijk) reeds besneden of geïnfibuleerd wanneer ze in België toekwamen. Dit gebeurde in hun herkomstland in dezelfde verhouding als bij de leeftijdscategorie 15-19 jaar, behalve als zij asiel kregen om hen te beschermen na de leeftijd van 10 jaar.

Vrouwen en meisjes geboren in een land waar VGV toegepast wordt en die hier arriveerden voor de leeftijd van 10 jaar zijn intact.

Alle meisjes en vrouwen geboren in België of in een ander land waar VGV niet gebruikelijk is, zijn intact.

7 Foutenmarge en beperkingen van deze 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 VGV-praktijk 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 (22,7%), daarentegen,

¹ Voor Indonesië is de mediane leeftijd niet gekend, maar een Indonesische studie uit 2013 toonde aan dat bij ¾ van de meisjes de ingreep gebeurde voor de leeftijd van 6 jaar.

² De 6 landen waar de mediane leeftijd voor VGV tussen 10 en 14 jaar ligt: Centraal-Afrikaanse Republiek (VGV-prevalentie bij 15-19 jarigen is 18% en 0,4% van onze studiebevolking); Egypte (prevalentie 81% en 2% van onze bevolking); Kenia (prevalentie 15% en 1% van onze bevolking); Liberia (prevalentie 52% en 1% van onze bevolking); Sierra Leone (prevalentie 70% en 1% van onze bevolking); Togo (prevalentie 1% en 5% van onze bevolking).

is het belangrijk om te weten tot welke etnische groep de vrouwen die naar België migreren behoren, om te weten of ze een risicogroep vormen. Zo passen de Peul bijvoorbeeld VGV 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 100% dan bij 22,7% liggen.

De auteurs van de studie hielden rekening met eventuele foutenmarges en gekende methodologische beperkingen (EIGE 2013, blz. 28-31) in hun berekeningshypothese en de analyse van de resultaten. Deze studie blijft een statistische schatting van de prevalentie van VGV in België en is niet gebaseerd op een klinische diagnose. Er werd een zo groot mogelijke objectiviteit nagestreefd door het kruisen van verschillende gegevensbronnen. We namen de prevalenties per leeftijdscategorie op in deze analyse om evoluties in de praktijk en in de tijd te kunnen volgen. Hoewel migratie er zeker voor zorgt dat het VGV-risico vermindert, blijft de categorie van meisjes die het risico lopen een doelgroep voor preventie-activiteiten bij baby's, kleuters (ONE, K&G) en jonge meisjes (PSE/PMS, CLB³). Deze groep verdient dan ook onze bijzondere aandacht om de nood aan preventie te bepalen.

Dit rapport houdt geen rekening met de impact van het wettelijk verbod op VGV en de toepassing van deze wet door de overheid, noch met de impact die migratie en het leven binnen de Europese gemeenschappen zouden kunnen hebben op gemeenschappen afkomstig uit landen waar VGV wordt toegepast. Studies hebben al aangetoond dat die invloeden wel degelijk bestaan, maar om die op een becijferde manier aan te tonen is er een studie van de waargenomen prevalentie nodig die enkel kan worden verwezenlijkt door een bevraging van vrouwen afkomstig uit die landen. Het is echter belangrijk op te merken dat voor een groot deel van de studiepopulatie gedragsveranderingen gerelateerd aan migratie geen impact hebben, aangezien veel van deze vrouwen na hun besnijdenis in België zijn aangekomen. Deze gedragsveranderingen kunnen enkel invloed hebben op het risico op een dergelijke verminking voor meisjes die in België zijn geboren of toekwamen vooraleer besneden te zijn. Anderzijds houdt het onderzoek voor het eerst rekening met het aantal kinderen dat internationale bescherming geniet via de vluchtelingenstatus of subsidiaire bescherming. Op Europees niveau is dit een primeur in de studies naar de prevalentie van genitale verminking van vrouwen.

De gegevens van Dokters van de Wereld over vrouwen zonder papieren zijn waarschijnlijk onvolledig, omdat het hoogst onwaarschijnlijk is dat al deze vrouwen zich aanmeldden in één van de centra van deze organisatie in 2016. Het is ook mogelijk dat sommige van deze geregistreerde vrouwen opgenomen zijn in één van de andere databestanden, zelfs als vrouwen die geregistreerd zijn in het Rijksregister of worden opgevangen door het Fedasil-netwerk en toegang hebben tot standaardgezondheidsdiensten in heel België.

De gegevens van K&G en ONE zijn niet altijd volledig. Soms ontbreekt er bepaalde informatie, zoals de oorspronkelijke nationaliteit van de moeder (nationaliteit van de moeder bij haar geboorte).⁴ We konden niet beschikken over gegevens voor Indonesië voor de periode 1998-2001.

³ PMS: psycho-medisch-sociaal centrum, PSE: *promotion de la santé à l'école*, CLB: Centra(um) voor Leerlingenbegeleiding.

⁴ De alloctonen die in België wonen en afkomstig zijn uit een land waar VGV voorkomt, vertegenwoordigen slechts 2,5% van de totale allochtone bevolking in België. De ontbrekende gegevens over de nationaliteit van de moeder hebben dus weinig impact op onze studie.

8 Resultaten

In eerste instantie zullen we, volgens de drie hierboven beschreven hypothesen, het aantal meisjes en vrouwen evalueren die VGV ondergingen en op 31 december 2016 in België woonden. We zullen de evolutie van de bevolkingsgroei sinds 2012 en de spreiding van deze populaties over het Belgisch grondgebied bestuderen.

Vervolgens evalueren we het aantal besneden meisjes en vrouwen op basis van de leeftijdsgroepen die de doelgroep uitmaken van bepaalde organisaties of zorgaanbieders (jonger dan 5, 5-19, 20-49 jaar, ouder dan 50).

8.1 Hoeveel vrouwen, getroffen door VGV, wonen er in België?

Onze studiepopulatie bestaat uit 70.576 meisjes en vrouwen, afkomstig uit landen (oorsprongs- of huidige nationaliteit) waar VGV wordt toegepast.

48.529 van hen zijn ingeschreven in het Rijksregister en geboren in een land waar VGV wordt toegepast (3.392 zijn aangekomen in België vóór ze 5 jaar oud waren, 3.533 tussen 5 en 9 jaar oud, 3.574 tussen 10 en 14 jaar en 38.030 op 15-jarige leeftijd of ouder). 1.935 ingeschrevenen in het Rijksregister werden geboren in een land waar VGV niet gebruikelijk is, 2.444 zijn ondergebracht in het Fedasil-netwerk, 271 bezoeken de centra van Dokters van de Wereld en 17.397 meisjes van 0-18 jaar zijn geboren in België en geregistreerd door ONE en K&G (tweede generatie).

Op deze populatie hebben we de prevalentie per leeftijdsgroep (15-49 jaar) toegepast van de meest recente DHS- en MICS-studies. In totaal zijn 25.917 meisjes en vrouwen getroffen door VGV, ofwel omdat ze al een verminking ondergingen of omdat ze het risico lopen om met deze praktijk geconfronteerd te worden.

Tabel 7. Overzicht van de in België wonende betrokken vrouwelijke populatie op 31 december 2016, afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast, volgens gegevensbron en leeftijd bij aankomst

Gegevens- bron	Status	Geboorte- land	Leeftijd bij aankomst in België			Totaal
			<5 jaar	5-9 jaar	>=10 jaar	
Rijksregister	Meisjes en vrouwen ingeschreven in het Rijksregister in 2016	VGV-land	1.039	1.105	15.229	17.373
	Meisjes en vrouwen ingeschreven in het Rijksregister in 2016 en onder bescherming van het CGVS	VGV-land	440	206	48	694
	Meisjes en vrouwen ingeschreven in het Rijksregister in 2016	Niet-VGV-land				712
ONE – K&G	Meisjes geboren uit een moeder afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast – 1998-2016	België				5.897
Fedasil	Meisjes en vrouwen die asiel aanvroegen in België of die zonder asielaanvraagster te zijn in 2016 ondergebracht werden in het opvangnetwerk	VGV-land				1.155
Dokters van de Wereld	Meisjes en vrouwen zonder papieren, verzorgd in een centrum van Dokters van de Wereld in de loop van 2016	VGV-land				86
Totaal						25.917

Hoogste schatting: 18.614 meisjes en vrouwen, geboren in een land waar VGV wordt toegepast, zijn al besneden. De 6.609 meisjes en vrouwen geboren in België of in een land waar VGV niet wordt toegepast, zijn intact. Hierbij komen nog 694 meisjes die geboren werden in een land waar excisie toegepast wordt en die internationale bescherming genieten vanwege het risico op VGV. Het totaal bedraagt dus 7.303.

Gemiddelde schatting: 17.575 meisjes en vrouwen, geboren in een land waar VGV wordt toegepast en die in België toegekomen op 5-jarige leeftijd of ouder, zijn al besneden.

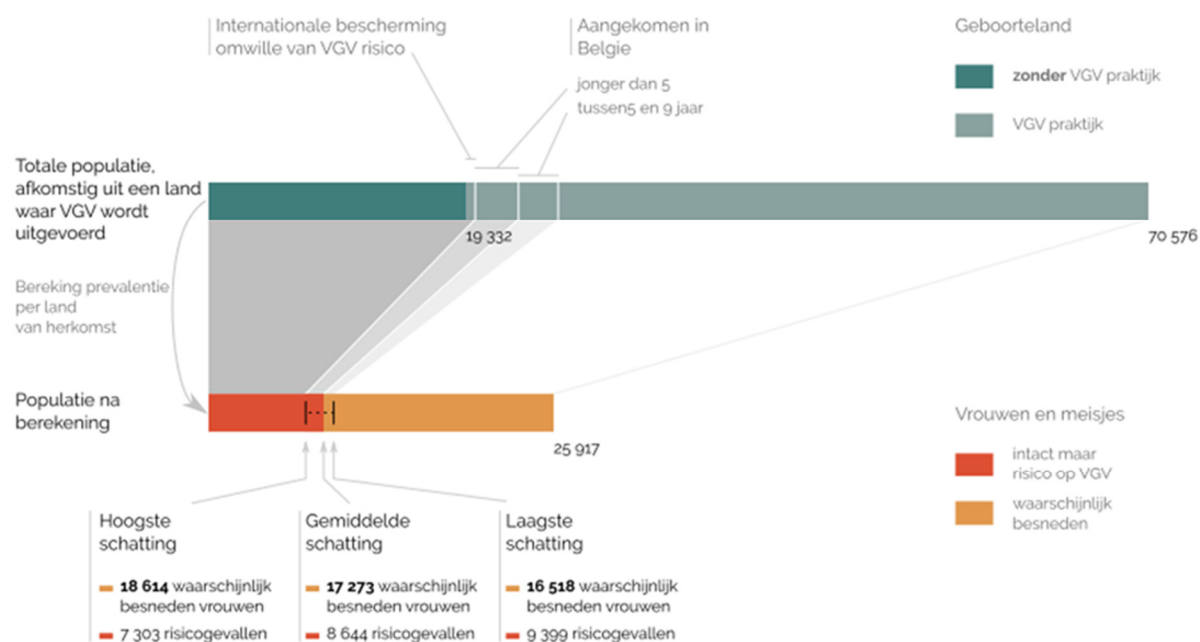
De 8.088 vrouwen en meisjes die vóór de leeftijd van vijf arriveerden of geboren zijn in België of een land waar VGV geen gangbare praktijk is, zijn intact. Hierbij komen nog de 254 meisjes die geboren werden in een land waar excisie wordt toegepast, die hier toekwamen na hun 5de en die internationale bescherming genieten op basis van het VGV-risico. Het gaat dus in totaal over 8324 meisjes. Hierbij komen nog de 254 meisjes die geboren zijn in een land waar excisie wordt toegepast, die hier arriveerden na de leeftijd van 5 jaar en die internationale bescherming genieten omdat ze een risico lopen op VGV. Het totaal bedraagt dus 8342.

Laagste schatting: 16.470 meisjes en vrouwen, geboren in een land waar VGV wordt toegepast en in België toegekomen op 10-jarige leeftijd of ouder, zijn al besneden.

De 9.399 vrouwen en meisjes die voor de leeftijd van 10 zijn aangekomen of geboren zijn in België of een land waar VGV niet wordt toegepast, zijn intact. Hierbij komen nog 48 meisjes die hier toekwamen op de leeftijd van 10 jaar of ouder en die internationale bescherming kregen om hen te behoeden voor excisie (in totaal 9447 meisjes).

Meisjes jonger dan 15 jaar, die intact bleven, lopen echter een blijvend risico op VGV als het preventie- en informatienetwerk geen maatregelen onderneemt of informatie verstrekt aan hun ouders.

Afbeelding 2. Schatting van het aantal meisjes en vrouwen die in België wonen en die al besneden zijn of het risico lopen op VGV, op 31 december 2016 (Bron: StatBel, ONE, K&G, Fedasil, Dokters van de Wereld)



Bron : Statistics Belgium, ONE, K&G, Fedasil, Dokters van de Wereld
Visualisatie : Mavromatika.com

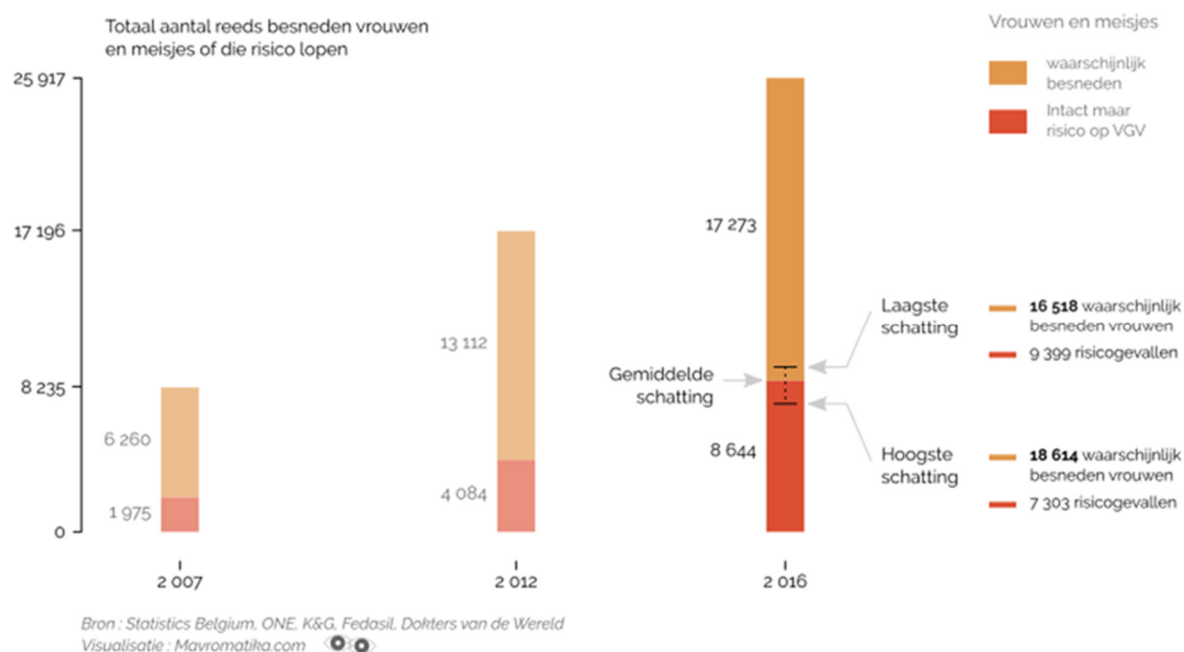
We namen aan dat de 712 meisjes en vrouwen geboren buiten een land waar VGV wordt toegepast (en niet in België) intact zijn, maar die veronderstelling dient genuanceerd te worden. Vermits de wet die besnijdenis in België strafbaar stelt in 2001 werd afgekondigd, kunnen we min of meer zeker zijn dat de 85 meisjes die hier na 2001 geboren werden, intact zijn. Voor 627 vrouwen, vóór deze wet geboren en/of in landen waar een dergelijke wet niet bestaat, kan men, zoals Andro et al. in een studie uitgevoerd in Frankrijk in 2007-2009 stelde (Andro 2009), ervan uitgaan dat 28% (176 vrouwen) waarschijnlijk is besneden⁵ en dat de anderen (451 vrouwen) niet langer een risico lopen. Zij kunnen dan ook worden uitgesloten uit het totale aantal vrouwen dat betrokken is bij het probleem van VGV.

8.1.1 Is het aantal meisjes en vrouwen afkomstig uit deze landen en het aantal kinderen dat zij op de wereld zetten toegenomen?

In 2007 raamden we het aantal waarschijnlijk besneden meisjes en vrouwen op 6.260, omdat ze werden geboren in een land waar VGV wordt toegepast en het aantal meisjes en vrouwen dat een risico liep op 1.975. In 2012 verdubbelde hun aantal in beide categorieën naar 13.112 vrouwen die ‘zeer waarschijnlijk besneden’ zijn en 4.084 meisjes die ‘VGV-risico liepen’.

In 2016 kunnen we, door nauwkeuriger informatie over de aankomstdatum in België, preciezer en met meer zekerheid inschatten dat, volgens een gemiddelde schatting 17.575 vrouwen en meisjes waarschijnlijk al zijn besneden en 8.342 vrouwen en meisjes intact zijn.

Afbeelding 3. Evolutie tussen 2007 en 2016 van het aantal reeds besneden of VGV-risico lopende meisjes en vrouwen die in België wonen (StatBel, ONE, K&G, Fedasil, Dokters van de Wereld)



De toename van het aantal vrouwen dat waarschijnlijk reeds besneden is, wordt verklaard door de toevoeging van vrouwen uit Indonesië (14% van de toename bij een ongunstige hypothese) en de aankomst sinds 2012 van nieuwkomers uit Guinee (toename 32%) en Somalië (toename 22%). De andere landen van herkomst van nieuwkomers zijn Irak, de landen

⁵ Volgens een Franse studie van Andro et al. werd 28% van de meisjes die in Frankrijk geboren werden in dat land besneden. Dit gebeurde vóór de verstrenging van de wet begin jaren '90 en de bestraffing van deze praktijk. Dit aandeel valt terug tot 0,5% voor meisjes die na 1990 in Frankrijk geboren werden (Andro 2009).

van de Hoorn van Afrika (Egypte, Djibouti, Ethiopië en Eritrea) en Ivoorkust (toename 3 à 4% afhankelijk van het land).

Voor meisjes die een risico op VGV lopen is de toename voornamelijk toe te schrijven aan de geboortes in België van meisjes uit moeders van Guinese afkomst (55% van de toename bij een ongunstige hypothese), uit Somalië (11%) en het meetellen van meisjes geboren uit moeders van Indonesische afkomst (stijging van 6%). Andere landen die bijdragen aan deze toename van de geboorten zijn Djibouti, Egypte en Sierra Leone (ongeveer 3% van de toename voor elk van deze landen).

Het aantal vrouwelijke asielzoekers dat getroffen is door VGV is gedaald in vergelijking met 2012 (1.298 meisjes en vrouwen in 2012 tegenover 1.155 in 2016) en we noteerden een verandering in de landen van herkomst die het meest vertegenwoordigd zijn in het opvangnetwerk tussen 2012 en 2016. Het aantal meisjes en vrouwen uit Guinee dat asiel aanvraag en een risico loopt, is gehalveerd. Voor vrouwen uit Somalië is het met een factor 2,5 toegenomen. Bij de vijf meest vertegenwoordigde nationaliteiten, in termen van betrokken populaties, zien we drie landen die infibulatie toepassen (Somalië, Eritrea en Djibouti). Dit is de meest ernstige vorm van verminking die speciale medische aandacht vereist en waarvoor een opleiding moet georganiseerd worden voor de teams van de opvangcentra.

8.1.2 Wie zijn deze vrouwen en waar wonen ze?

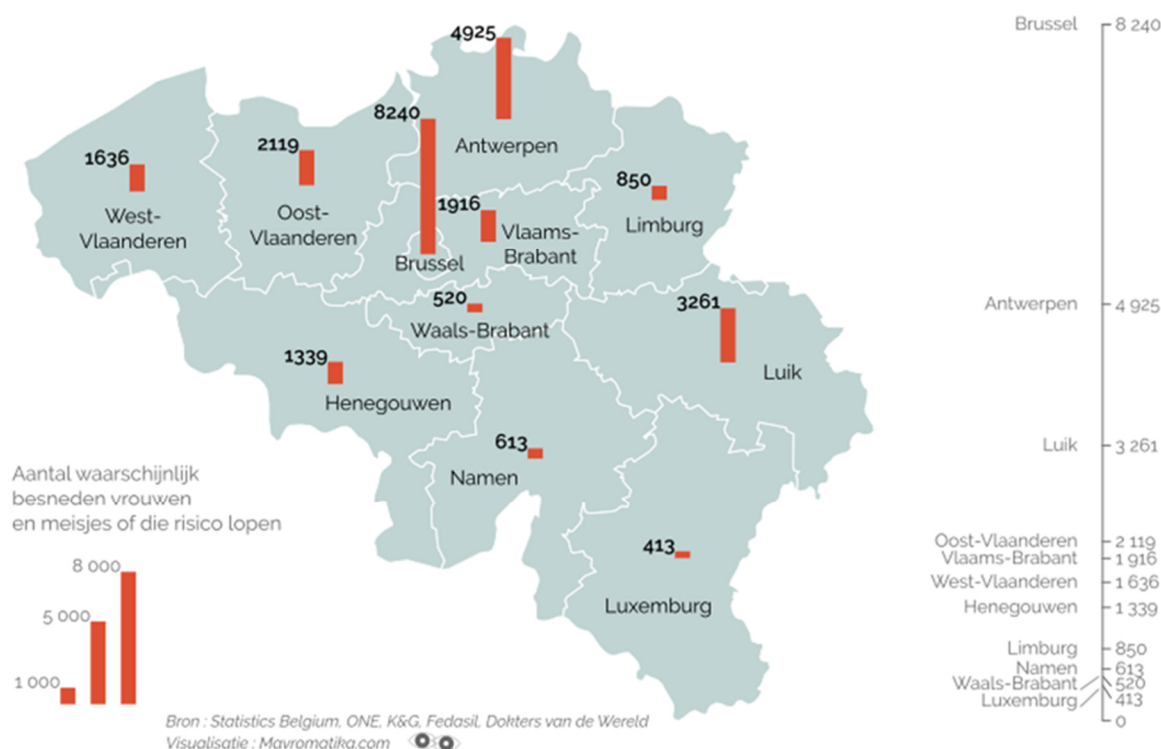
Tabel 8 en de kaart hieronder tonen de spreiding per provincie van meisjes en vrouwen getroffen door VGV. Deze tabel is ontwikkeld met behulp van gegevens van StatBel, Fedasil, ONE en K&G. 68 vrouwen zonder papieren werden niet in deze tabel opgenomen.

Tabel 8. Totale populatie van vrouwen onderworpen aan VGV of met VGV-risico, per provincie op 31 december 2016 (Bron: StatBel, ONE, K&G, Fedasil)

Provincie	Rijksregister				ONE en K&G	Fedasil	Totaal
	Leeftijd bij aankomst						
	<5 jaar	5-9 jaar	<=10 jaar	Geboren in niet-VGV-land			
Antwerpen	189	175	2.896	141	1.414	131	4.945
Vlaams-Brabant	108	102	1.137	78	432	68	1.924
West-Vlaanderen	89	96	973	32	363	86	1.639
Oost-Vlaanderen	127	100	1.293	54	475	80	2.129
Limburg	55	35	453	20	215	75	852
Waals-Brabant	28	22	265	28	106	71	520
Henegouwen	109	73	765	32	251	108	1.339
Luik	254	224	1.873	52	711	147	3.262
Luxemburg	25	13	155	4	79	137	412
Namen	39	24	281	15	123	131	613
Brussel-Hoofdstad	456	447	5.186	258	1.728	121	8.196
Totaal	1.479	1.311	15.277	712	5.897	1.155	25.831

Opmerking: de 102 meisjes tussen 15-18 jaar die in het Vlaams Gewest wonen en het risico lopen op VGV, maar van wie we niet weten in welke provincie zij wonen, werden ad hoc verdeeld over de provincies. Dit gebeurde in functie van het aandeel van de vrouwelijke bevolking in elke provincie en de vrouwelijke bevolking die besneden werd of het risico op VGV loopt en waarvan we weten in welke provincie ze wonen.

Afbeelding 4. Vrouwelijke populatie die zeer waarschijnlijk besneden is of een VGV-risico loopt, per provincie op 31 december 2016 (Bronnen: StatBel, ONE, K&G, Fedasil)



In de drie regio's vinden we vijf landen terug die tot de top tien van meest getroffen nationaliteiten (afkomst) behoren, namelijk Guinee, Somalië, Egypte, Ethiopië en Ivoorkust. Deze landen staan op de lijst omdat veel vrouwen uit deze landen in België wonen (Ivoorkust) of omdat de prevalentie erg hoog is in het land van herkomst (Ethiopië, Somalië en Egypte) of omwille van een combinatie van die twee redenen (Guinee).

Tabel 9. Aantal zeer waarschijnlijk besneden vrouwen of vrouwen die het risico op VGV lopen per regio voor de 10 meest betrokken herkomstnationaliteiten, België, 2016

Vlaanderen		Wallonië		Brussel		Fedasil		België	
Afkomst	Aantal	Afkomst	Aantal	Afkomst	Aantal	Afkomst	Aantal	Afkomst	Aantal
Guinee	2.197	Guinee	2.314	Guinee	4.527	Somalië	464	Guinee	9.382
Somalië	1.797	Ivoorkust	591	Somalië	435	Guinee	318	Somalië	3.269
Egypte	936	Somalie	565	Djibouti	380	Irak	72	Egypte	1.445
Nigeria	897	Burkina Faso	281	Egypte	342	Eritrea	63	Ethiopië	1.277
Ethiopië	839	Djibouti	239	Ivoorkust	335	Djibouti	56	Ivoorkust	1.205
Indonesië	769	Ethiopië	201	Senegal	237	Ethiopië	27	Nigeria	1.129
Sierra Leone	597	Senegal	200	Burkina Faso	234	Mauritanië	24	Indonesië	985
Soedan	344	Mali	175	Mauritanië	232	Soedan	20	Sierra Leone	822
Irak	343	Egypte	149	Ethiopië	205	Burkina Faso	19	Djibouti	786
Ivoorkust	261	Mauritanië	120	Sierra Leone	178	Mali	18	Burkina Faso	729
Totaal top10	8.979	Totaal top10	4.835	Totaal top10	7.104	Totaal top10	1.082	Totaal top10	21.029
Algemeen totaal	11.049	Algemeen totaal	5.552	Algemeen totaal	8.075	Algemeen totaal	1.155	Algemeen totaal	25.917
% top10 landen	81%	% top10 landen	87%	% top10 landen	88%	% top10 landen	94%	% top10 landen	81%

Opmerking: de 86 vrouwen die de diensten van Dokters van de Wereld consulteerden zijn niet begrepen in de gegevens per provincie.

8.1.3 Schatting per gewest

Indien we voor elk gewest de hoogste, gemiddelde en laagste schatting toepassen, krijgen we een spreiding zoals voorgesteld in onderstaande tabellen.

Tabel 10. Spreiding per gewest van de vrouwelijke populatie betrokken bij besnijdenis op 31 december 2016 volgens gegevensbron en leeftijd bij aankomst

Gegevensbron en statuut / Gewest	Leeftijd bij aankomst in België				Leeftijd bij aankomst in België				Leeftijd bij aankomst in België			
	Brussel				Wallonië				Vlaanderen			
	<5	5-9	10+	total	<5	5-9	10+	total	<5	5-9	10+	totaal
Rijksregister Geboren in VGV-land	266	401	5.170	5.837	286	265	3.322	3.873	487	440	6.737	7.663
Rijksregister Geboren in VGV-land Bescherming CGVS	190	46	16	252	169	92	18	279	81	68	14	163
Rijksregister Geboren in niet VGV-land				258				130				324
ONE, K&G Geboren in België				1.728				1.270				2.899
Fedasil Geboren in VGV-land				203				567				385
MDM Geboren in VGV-land												0
Totaal				8.278				6.119				11.434

Tabel 11. Aantal reeds besneden of intacte meisjes en vrouwen per gewest en volgens de verschillende schattingen, België 2016

Gewest	Reeds besneden	Intact
Vlaanderen		
Hoogste schatting	8.048	3.386
Gemiddelde schatting	7.561	3.873
Laagste schatting	7.122	4.313
Wallonië		
Hoogste schatting	4.440	1.679
Gemiddelde schatting	4.154	1.965
Laagste schatting	3.889	2.230
Brussel		
Hoogste schatting	6.040	2.238
Gemiddelde schatting	5.774	2.504
Laagste schatting	5.374	2.904

8.2 Welke diensten zijn betrokken en voor welke populaties?

8.2.1 Opvang van jonge kinderen (ONE en K&G) – jonger dan 5 jaar

De leeftijdscategorie van meisjes jonger dan 5 jaar (0-59 maanden) behoort tot de doelgroep van de instellingen ter bescherming van jonge kinderen, zoals K&G, ONE (0 tot 3 jaar) en CLB's (3 tot 6 jaar⁶). Voor hun programma is het belangrijk de omvang van de doelgroep te kennen.

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

De gegevens van K&G en ONE (8.310 meisjes) werden aangevuld met de gegevens van STATBEL voor de meisjes jonger dan 5 jaar die niet in België zijn geboren (627 meisjes) en met de gegevens van Fedasil (262 meisjes jonger dan 5 jaar die asiel aanvragen en worden ondergebracht in het opvangnetwerk in België) en door Dokters van de Wereld (11 meisjes).

Van de 627 meisjes uit het STATBEL-bestand, geboren buiten België, zijn er 560 geboren in een land waar VGV wordt toegepast, 67 in Europa en 18 in een land in het Nabije of Midden-Oosten, Oost-Azië of de Verenigde Staten.

In totaal waren er in België in 2016, 9.210 meisjes jonger dan vijf jaar afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast. Door op deze populatie de in het land van herkomst waargenomen prevalentie toe te passen, kunnen we schatten dat er in 2016 in België in totaal 3.262 meisjes jonger dan vijf jaar waren, waarvan het merendeel (91%) hier geboren is, die het risico liepen om genitaal te worden verminkt. De kinderen geboren in een land waar VGV wordt toegepast vertegenwoordigen 9% van deze risicomeisjes.

⁶ Kinderen van 3 jaar worden regelmatig gevolgd door K&G indien ze nog niet naar school gaan, en door het CLB indien ze dat wel doen.

Tabel 12. Schatting van het aantal meisjes jonger dan 5 jaar die besneden zijn of het risico op VGV lopen, per geboorteplaats in België, op 31 december 2012 (Bronnen: K&G, ONE, StatBel, Fedasil, Dokters van de Wereld)

Land van herkomst	Prevalentie <5 jaar (%)	Vlaanderen	Wallonië	Brussel-Hoofdstad	Dokters van de Wereld	Totaal
Benin	2,4	1	1	1	0	2
Burkina Faso	57,7	17	24	13	0	54
Centraal-Afrikaanse Rep.	17,9	1	1	0	0	3
Djibouti	89,5	16	22	43	0	81
Egypte	69,6	130	22	24	0	175
Eritrea	68,8	60	5	3	0	67
Ethiopië	47,1	62	10	10	0	82
Gambia	76,3	29	3	4	0	36
Ghana	1,5	11	1	1	0	12
Guinee	94,5	511	496	565	0	1.572
Guinee-Bissau	41,9	3	0	0	0	3
Indonesië	51	45	9	6	0	60
Irak	4,9	40	12	4	0	57
Ivoorkust	27,4	30	50	18	0	98
Jemen	16,4	2	1	0	0	3
Kameroen	0,4	2	3	1	0	6
Kenia	11,4	9	1	1	0	12
Liberia	31,1	11	1	2	0	13
Mali	83,1	29	21	15	0	65
Mauritanië	62,5	18	18	19	0	54
Niger	1,4	1	1	1	0	3
Nigeria	15,3	97	5	12	0	114
Oeganda	1	0	0	0	0	0
Senegal	20,6	33	21	21	0	75
Sierra Leone	74,3	72	4	14	0	90
Somalië	96,7	301	97	27	0	425
Soedan	81,7	58	9	7	0	74
Tanzania	4,7	2	1	0	0	3
Togo	1,8	2	3	1	0	7
Tsjaad	31,8	3	6	6	0	15
Totaal		1.596	846	819	1	3.262

Opmerking: de toegepaste prevalentie is die van de jongste leeftijdsgroep beschikbaar in DHS en MICS, dit wil zeggen meisjes tussen 15-19 jaar oud.

8.2.2 Diensten die gezondheid op school bevorderen (de 5-19 jarigen)

Meisjes van 5 tot 19 jaar, die leerplichtig zijn, kunnen bereikt en geadviseerd worden door gezondheidsbevorderingscentra op school: psycho-medisch-sociale diensten (PMS/PSE) en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB).

We gebruiken in dit rapport de gegevens van STATBEL (8.698) voor meisjes geboren buiten België tussen 1998 en 2016, meisjes ouder dan 18 en meisjes geboren tussen 1998 en 2001 uit een Indonesische moeder; gecombineerde gegevens van ONE en K&G (9.087) voor meisjes

geboren in België tussen 1998 en 2016; gegevens van Fedasil (578) voor meisjes die asiel aanvroegen of verbleven in een opvangnetwerk in 2016; en gegevens van Dokters van de Wereld (26 meisjes) voor meisjes zonder papieren.

Tabel 133 bevat schattingen met betrekking tot meisjes van 5-19 jaar die mogelijk al besneden zijn of dit risico lopen op basis van gegevens over deze populatie. In totaal betreft dit 18.389 meisjes waarvan de huidige of de herkomstnationaliteit die is van een land waar VGV wordt toegepast. Door de prevalentie van de leeftijdsgroep 5-19 jaar op deze populatie toe te passen kan men ervan uitgaan dat 6.547 meisjes en tieners mogelijk al besneden zijn of het risico lopen op VGV.

Van die 6.547 meisjes werd 45,1% of 2.953 meisjes geboren in België en 2% of 134 meisjes in een land waar de VGV-praktijk niet gebruikelijk is. Deze meisjes lopen het risico verminkt te worden.

De meisjes die asiel aanvroegen of werden ondergebracht in een opvangnetwerk (215 meisjes) samen met deze van het Dokters van de Wereld-netwerk (5 meisjes) vertegenwoordigen respectievelijk 3,3% en 0,1% van deze populatie. Deze meisjes zijn mogelijk al besneden of lopen het risico te worden besneden.

Tabel 13. Schatting van de meisjes- en adolescentenpopulatie van 5 tot 19 jaar die waarschijnlijk besneden is of het risico op VGV loopt, per geboorteplaats op 31 december 2016 (Bronnen: ONE, K&G, StatBel, Fedasil, Dokters van de Wereld)

Land van herkomst	Prevalentie 5-19 jaar (%)	Vlaanderen	Wallonië	Brussel-Hoofdstad	Dokters van de Wereld	Totaal
Benin	2,4	1	1	1	0	4
Burkina Faso	57,7	40	43	30	0	114
Centraal-Afrikaanse Rep.	17,9	4	3	3	0	10
Djibouti	89,5	31	71	80	0	182
Egypte	69,6	227	32	57	0	316
Eritrea	68,8	55	10	11	0	76
Ethiopië	47,1	234	89	24	0	347
Gambia	76,3	76	5	8	0	88
Ghana	1,5	22	1	3	0	26
Guinee	94,5	593	713	1.461	1	2.768
Guinee-Bissau	41,9	1	5	3	0	8
Indonesië	51	122	17	11	0	150
Irak	4,9	66	27	16	1	110
Ivoorkust	27,4	48	102	59	0	210
Jemen	16,4	3	1	2	0	6
Kameroen	0,4	3	4	3	0	10
Kenia	11,4	18	2	3	0	23
Liberia	31,1	36	2	9	0	46
Mali	83,1	47	56	42	0	145
Mauritanië	62,5	66	38	73	0	177
Niger	1,4	2	2	3	0	7
Nigeria	15,3	152	8	27	1	189
Oeganda	1	1	0	0	0	1
Senegal	20,6	65	36	53	0	153
Sierra Leone	74,3	181	7	53	0	241
Somalië	96,7	591	227	138	3	959
Soedan	81,7	87	19	29	0	135
Tanzania	4,7	3	1	0	0	4
Togo	1,8	4	7	5	0	15
Tsjaad	31,8	3	8	16	0	28
Totaal		2.785	1.534	2.222	5	6.547

Opmerking: de toegepaste prevalentie voor de 5-19-jarigen is de prevalentie van DHS en MICS voor 15-19-jarigen aangezien de jongere leeftijdscategorieën niet in DHS zijn opgenomen.

8.2.3 Jeugdzorg-minderjarigen die het risico op VGV lopen

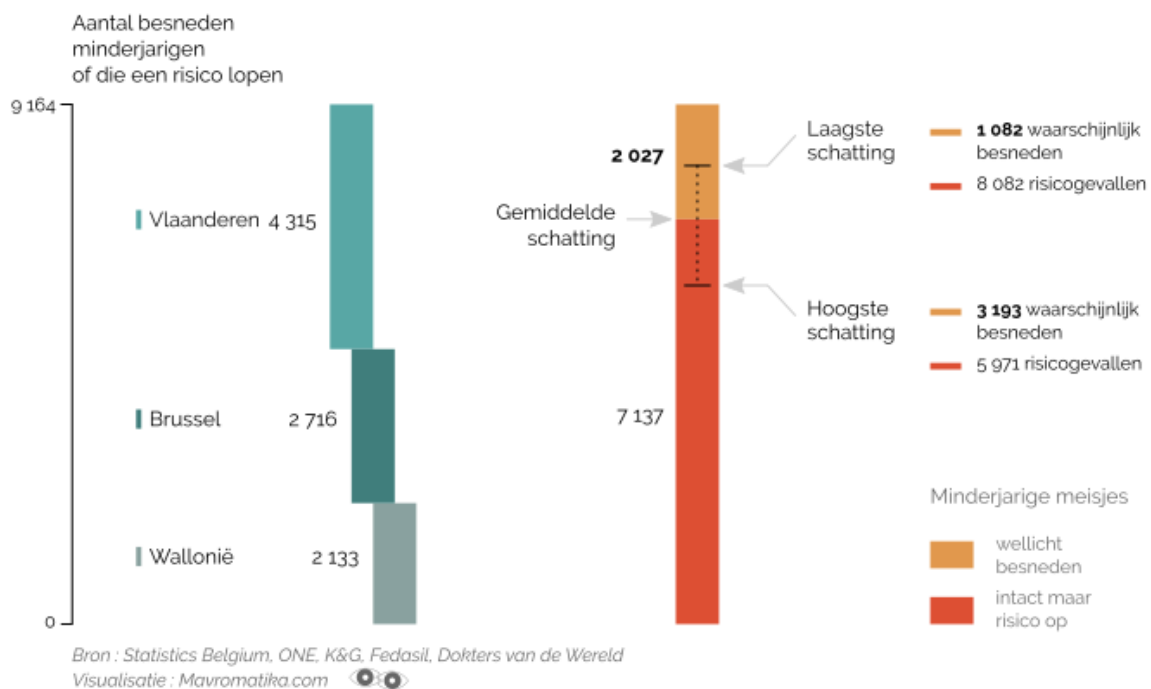
Minderjarige meisjes vormen een specifieke groep. Ook andere diensten houden zich specifiek bezig met deze risicopopulaties, zoals bv. de jeugdzorg waarvan de doelgroep meisjes en adolescenten jonger dan 18 jaar is.

De doelgroep van de jeugdzorg bestaat uit 25.795 minderjarigen die de nationaliteit hebben van een land waar VGV wordt toegepast, of wiens moeder afkomstig is uit één van die landen, en in België woonden op 31 december 2016. Als we op deze populaties de VGV-prevalentie bij 15-19-jarigen in elk van die landen toepassen, kunnen we ervan uitgaan dat 9.164 meisjes van 0 tot 17 jaar een VGV-risico lopen of al geschonden waren voor ze in België toekwamen. Van deze meisjes wonen er 4.315 in Vlaanderen, 2.133 in Wallonië en 2.716 in Brussel.

De kans dat een meisje al besneden is, hangt natuurlijk af van de leeftijd bij aankomst en is kleiner voor meisjes die hier aankomen vóór de leeftijd van 5 jaar dan voor de 5- tot 9-jarigen die in België toekomen. Volgens de ongunstige, gemiddelde of gunstige hypothesen zouden respectievelijk 3.193, 2.027 of 1.082 minderjarigen al zijn besneden en zouden er 5.971, 7.137 en 8.082 intact zijn. Voor de 272 meisjes die verblijven in een opvangcentrum van Fedasil of die een centrum van Dokters van de Wereld bezochten, is de leeftijd bij aankomst onbekend en gaan we ervan uit dat ze al besneden zijn.

De 5.971 intacte meisjes geboren in een land waar VGV niet gebruikelijk is, lopen nog steeds het risico op VGV, bijvoorbeeld wanneer ze voor vakantie terugkeren naar het land van herkomst.

Abbeelding 5: Totaal minderjarigen getroffen door VGV of die het risico lopen, België, 2016



Deze schatting van minderjarigen is erg belangrijk voor de dienst Jeugdzorg, die kan ingrijpen in risicovolle situaties (op het moment van vakantie in het land van herkomst). Soms is het noodzakelijk om een hulpprogramma op te starten in afspraak met de ouders van deze

minderjarige meisjes, vooral als het risico hoog wordt geacht (zie risicoschaal ontwikkeld door het netwerk 'Gezamenlijke strategie voor de strijd tegen vrouwelijke genitale verminking'⁷).

De eerste gezondheidscontroles van kinderen van nieuwkomers uit landen waar VGV wordt toegepast, zouden het ook mogelijk moeten maken om de VGV-status te kennen om zo goed mogelijk aan hun behoeften te voldoen (behoefte aan bescherming of de behoefte aan fysieke of psychologische zorg).

8.2.4 Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS) – minderjarige asielaanvragers

Sommige meisjes jonger dan 18 jaar worden tegen het VGV-risico beschermd omdat ze een vluchtelingenstatus hebben gekregen op basis van dit risico. Deze specifieke procedure van het CGVS bestaat uit een medisch onderzoek dat verifieert of het meisje intact is vóór de erkenning als vluchteling en de verplichting om elk jaar een medisch attest te bezorgen waaruit blijkt dat het meisje geen VGV onderging en dit tot ze de Belgische nationaliteit krijgt. In 2016 genoten 694 meisjes, geboren in een land waar VGV wordt uitgevoerd, en 1.009 meisjes, geboren in België of in een land waar VGV niet gebruikelijk is (461 van 0-4 jaar en 763 van 5-9 jaar, 367 van 10-14 jaar, 107 van 15-19 jaar en 5 waarvan de leeftijd niet bekend is), deze bescherming. De eerste gevallen van internationale bescherming op basis van VGV dateren van 2002.

8.2.5 Vrouwen van 20-49 jaar

De leeftijdscategorie van 20- tot 49-jarigen bestaat uit vrouwen die zeker besneden zijn en in de reproductieve levensfase zijn. Deze groep interesseert vooral vroedvrouwen en verloskundigen die de soms gecompliceerde bevallingen moeten begeleiden.

Wij hebben ons niet gebaseerd op de klassieke leeftijdscategorie van 15-49-jarigen (geslachtsrijpe vrouwen) omdat het vruchtbaarheidscijfer bij de min-20-jarigen in België vrij laag ligt (0,9% van de geboortes bij vrouwen van vreemde nationaliteit en 0,8% van de geboortes bij moeders van Belgische nationaliteit in 2014)⁸.

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

Tabel 14 compileert de schattingen gemaakt op basis van StatBel-cijfers, namelijk 36.308 vrouwen tussen 20 en 49 jaar, afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast (1.310 zijn geboren in een land waar VGV niet gebruikelijk is en 34.998 in een land waar dat wel het geval is). Bij deze cijfers moeten we de schattingen voegen die gebaseerd zijn op de gegevens van Fedasil (1.479 vrouwen) en van Dokters van de Wereld (212 vrouwen). Als we de VGV-prevalenties toepassen van elke leeftijdscategorie in de landen van herkomst, kan men ervan uitgaan dat deze 14.391 vrouwen waarschijnlijk besneden zijn. Van deze vrouwen is 83,6% geboren in een land waar VGV wordt toegepast en in België gearriveerd na hun 15^e, 6,9% werd geboren in een land waar VGV wordt beoefend en arriveerde in België voor de leeftijd van 15 jaar. 3,5% is geboren in België of een land waar VGV niet gebruikelijk is. De vrouwelijke asielaanvragers die zich in een opvangcentrum bevinden vertegenwoordigen 5,4% van deze risicogroep.

⁷ http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-tryptique_final_RTP.pdf

⁸ Bron: Geboortes volgens leeftijd en nationaliteit van de moeder, StatBel, 2009, <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/geboorten-en-vruchtbaarheid#figures>

Tabel 14. Vrouwelijke populatie (20-49 jaar), waarschijnlijk besneden, per leeftijdscategorie en per gewest, op 31 december 2016
(Bronnen: StatBel, Fedasil, Dokters van de Wereld)

Land van herkomst	Vlaanderen	Wallonië	Brussel-Hoofdstad	Dokters van de Wereld	Totaal
Benin	12	23	19	0	55
Burkina Faso	125	204	156	1	486
Centraal-Afrikaanse Rep.	9	18	13	0	39
Djibouti	69	152	211	0	432
Egypte	512	74	193	1	780
Eritrea	89	33	5	5	132
Ethiopië	513	105	135	6	758
Gambia	143	15	12	2	173
Ghana	116	9	16	0	142
Guinee	1.134	1.219	2.477	20	4.850
Guinee-Bissau	9	6	21	0	37
Indonesië	458	63	71	0	593
Irak	223	70	35	3	331
Ivoorkust	171	407	233	3	814
Jemen	7	3	2	0	12
Kameroen	28	56	36	1	120
Kenia	129	17	17	1	165
Liberia	98	9	29	0	136
Mali	114	93	87	1	295
Mauritanië	74	74	127	0	275
Niger	2	4	5	0	12
Nigeria	606	53	85	13	757
Oeganda	3	0	1	0	4
Senegal	146	135	144	3	428
Sierra Leone	326	27	103	6	461
Somalië	969	397	255	5	1.626
Soedan	189	31	53	0	272
Tanzania	15	3	5	0	23
Togo	28	54	33	0	114
Tsjaad	15	24	32	0	71
Totaal	6.332	3.377	4.611	72	14.391

Opmerking: de prevalenties die werden toegepast zijn deze per leeftijdscategorie van DHS, gedetailleerd vermeld in de bijlage.

Uit deze vrouwen van 20 tot 49 jaar, die waarschijnlijk besneden zijn, worden elk jaar meer kinderen geboren naarmate deze groep in aantal toeneemt.

Aan de hand van de databanden van K&G en ONE kunnen we het jaarlijks aantal bevallingen ramen van besneden vrouwen in België en op die manier de betrokken gezondheidswerkers op de hoogte brengen van de behandelingsnoden. Beide instellingen hebben ons enkel informatie bezorgd over levende geboorten. We hebben geen informatie over doodgeborenen.⁹

⁹ Het Koninklijk Besluit van 17 juni 1999 omschrijft doodgeboorte als “elke foetale sterfte indien het gewicht bij de geboorte gelijk is aan of hoger is dan 500 gr of indien het gewicht bij de geboorte niet gekend is, de overeenstemmende zwangerschapsduur (22 volle weken) of de overeenstemmende lichaamslengte (25 cm van kruin tot hiel) heeft bereikt”.

Aangezien zwangere vrouwen een speciale doelgroep vormen voor zowel K&G en ONE als de diensten verloskunde, hebben wij voor de jaren 2002 tot 2016 alle geboortes van meisjes en jongens samengebracht van wie de moeders een oorsprongsnationaliteit hebben die overeenkomt met een land waar VGV wordt toegepast.

Het aantal vrouwen dat zeer waarschijnlijk besneden is en in België een kind ter wereld bracht, neemt toe. In 2016 werden 1.419 kinderen geboren uit waarschijnlijk besneden moeders die misschien nood hadden aan specifieke zorg. Van deze vrouwen ondergingen er 264 waarschijnlijk een ernstige vorm van VGV, waarbij de vagina dichtgenaaid werd.

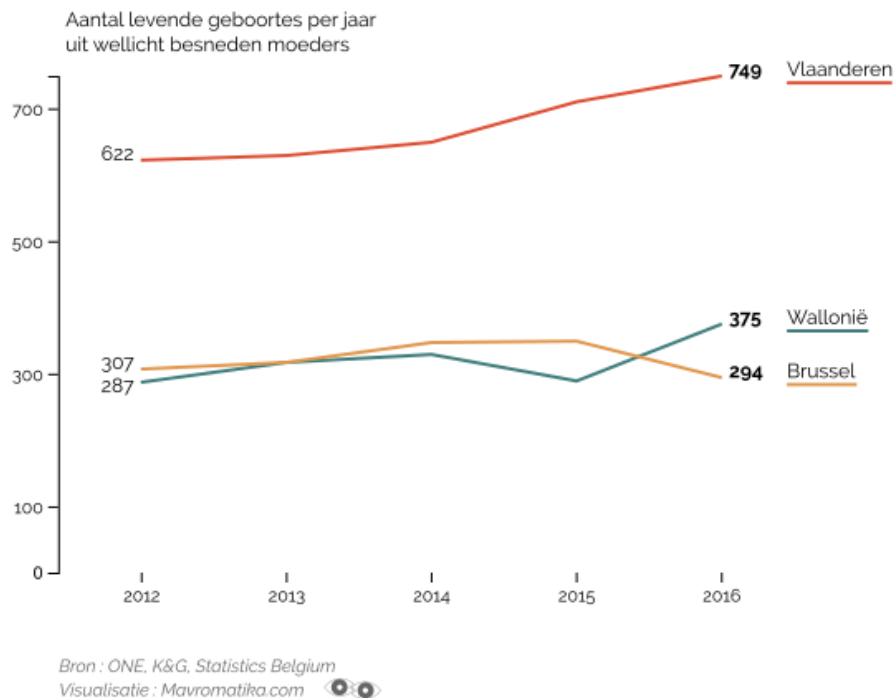
Dit toenemend aantal geboortes is een gevolg van de toename van het aantal geslachtsrijpe migranten. Bijna 70% van deze geboorten betreffen vijf landen: Guinee, Somalië, Nigeria, Egypte en Ivoorkust, met respectievelijk 42%, 14%, 5%, 4% en 4% geboortes in 2016.

Tabel 15. Aantal levende geboortes uit waarschijnlijk besneden moeders die in België wonen, tussen 2002 en 2016, per jaar en per gewest van verblijf (Bronnen: ONE en K&G)

Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel- Hoofdstad	Totaal
2002	160	37	99	296
2003	206	27	159	393
2004	256	51	167	474
2005	235	22	186	443
2006	275	69	191	536
2007	320	71	214	606
2008	332	108	213	653
2009	382	150	252	784
2010	440	194	292	926
2011	485	275	287	1.047
2012	622	287	307	1.215
2013	629	317	317	1.262
2014	649	329	347	1.325
2015	710	289	349	1.347
2016	749	375	294	1.419
Totaal	6.451	2.602	3.675	12.727

Om de risicogeboortes te ramen hebben wij ons gebaseerd op de gemiddelde prevalentie in de bevolking in het land van herkomst (DHS- en MICS-gegevens) aangezien wij niet beschikken over deze geboortecijfers opgesplitst volgens leeftijd van de moeder bij de geboorte. Het aantal waarschijnlijk besneden vrouwen dat in België bevalt neemt sinds 2002 gestaag toe. De stijging is groter in Wallonië en Vlaanderen vergeleken met Brussel. In Wallonië is de toename duidelijker. Dit kan worden verklaard door een aanzienlijk groter aantal vrouwelijke migranten die in Wallonië woonden in 2016 vergeleken met 2012 (+34% in Wallonië, +31% in Vlaanderen). Het betreft vooral vrouwen van Guineese, Egyptische en Ivoriaanse afkomst.

Afbeelding 6: Evolutie 2012-2016 van levende geboortes (meisjes en jongens) uit waarschijnlijk besneden moeders (Bronnen: K&G en ONE)



8.2.6 Vrouwen van 50 jaar en ouder

De leeftijdscategorie 50-plus omvat vrouwen bij wie, hoewel ze niet meer het slachtoffer kunnen worden van complicaties bij een bevalling, later toch nog complicaties van VGV kunnen optreden die nog veel te weinig bestudeerd worden (prolaps, incontinentie,...). Dit geldt vooral voor geïnfibuleerde vrouwen die tijdens hun bevallingen verschillende desinfibulaties en re-infibulaties hebben ondergaan die het perineum fragieler maken.

Deze vrouwen, die geen beroep meer doen op diensten voor prenatale raadplegingen, worden nog zelden gynaecologisch onderzocht en hun huisarts zal attent moeten zijn voor laattijdige complicaties als gevolg van VGV (*Public Health Agency of Canada, 2007*).

In 2016 waren er in België 4.978 vrouwen ouder dan 50 afkomstig uit deze landen (waarvan 125 asielaanvraagsters en 22 vrouwen zonder papieren). Door de VGV-prevalentie in het land van herkomst toe te passen, schatten we dat er in 2016 in België 1.717 vrouwen van 50 en ouder waren die wellicht VGV ondergingen. De meerderheid van deze vrouwen (91%) is geboren in een land waar VGV wordt toegepast en kwam in België toe na de leeftijd van 15 jaar.

Ongeveer een kwart van deze vrouwen is afkomstig van landen uit Noordwest-Afrika (Djibouti, Eritrea, Somalië en Soedan) waar de infibulatieprevalentie hoog is.

Tabel 16. Waarschijnlijk besneden vrouwen van 50 jaar en ouder, per gewest van verblijf, op 31 december 2016 (Bronnen: StatBel, Fedasil, Dokters van de Wereld)

Land van herkomst	Prevalentie (%)	Vlaanderen	Wallonië	Brussel-Hoofdstad	Dokters van de Wereld	Totaal
Benin	18,1	2	7	7	0	15
Burkina Faso	89,3	14	24	36	1	75
Centraal-Afrikaanse Rep.	33,8	2	4	5	0	11
Djibouti	94,4	8	22	61	0	92
Egypte	97,1	72	28	73	0	173
Eritrea	93,1	3	1	0	0	4
Ethiopië	75,3	41	8	41	0	90
Gambia	75,9	10	1	2	0	12
Ghana	6,4	33	7	10	0	50
Guinee	98,7	34	47	106	5	191
Guinee-Bissau	45,2	0	2	5	0	7
Indonesië	51	143	15	24	0	183
Irak	10,3	46	13	14	0	75
Ivoorkust	41,5	13	42	29	0	83
Jemen	22,8	1	1	1	0	3
Kameroen	2,4	3	8	6	0	17
Kenia	40,9	21	2	5	0	29
Liberia	72,4	16	4	13	0	33
Mali	83,9	16	14	16	1	47
Mauritanië	72,5	4	5	16	0	25
Niger	1,4	0	0	0	0	0
Nigeria	35,8	44	5	20	0	69
Oeganda	1,9	1	0	0	0	1
Senegal	26	19	14	21	1	55
Sierra Leone	97,8	19	1	11	0	30
Somalië	99,1	123	66	70	0	260
Soedan	91,8	22	5	15	0	41
Tanzania	18,7	3	1	2	0	6
Togo	18,7	3	1	2	0	6
Tsjaad	39,4	3	3	8	0	13
Totaal		721	362	626	8	1.717

Opmerking: de toegepaste prevalentie is deze voor de dichtst benaderende leeftijdscategorie beschikbaar in DHS, nl. van 45 tot 49 jaar.

9 Synthese van de resultaten

Alle resultaten worden samengevat weergegeven in Tabel 17. Door de verschillende gegevensbronnen (StatBel, K&G, ONE, Fedasil, Dokters van de Wereld) te combineren, konden we een meer volledige schatting maken dan in 2012.

Tabel 17. Vrouwelijke populatie, reeds besneden of VGV-risico lopend, per leeftijdscategorie en per geboorteplaats, op 31 december 2016

Populatie op 31 december 2016 die reeds besneden is of VGV riskeert	Aantal	Status	Kwaliteit van de schatting
Meisjes jonger dan 5 jaar	3.269, waarvan: – 210 geboren in een land waar VGV voorkomt – 96 asielaanvragers – 1 zonder papieren – 262 geboren in België of in een land waar VGV niet wordt toegepast.	Waarschijnlijk reeds besneden Lopen VGV-risico	ONE & K&G: meisjes geboren in België; StatBel: meisjes geboren in het buitenland; Fedasil: meisjes geboren in het buitenland en nog niet in het Rijksregister vermeld (asielaanvragers); Dokters van de wereld: meisjes zonder papieren.
Meisjes van 5 tot 19 jaar	6.544, waarvan: – 3.239 geboren in een land waar VGV voorkomt – 213 asielaanvragers – 5 zonder papieren – 3.087 geboren in België of in een land waar VGV niet wordt toegepast	Waarschijnlijk al besneden Lopen VGV-risico of zijn misschien al verminkt in Europa of tijdens verblijf in het herkomstland.	Meisjes van 5 tot 18: K&G & ONE voor meisjes geboren in België; Voor de 19-jarigen: Statbel: meisjes geboren in het buitenland; Fedasil: meisjes geboren in het buitenland en nog niet in het Rijksregister vermeld (asielaanvragers); Dokters van de wereld: meisjes zonder papieren.
Vrouwen van 20 tot 49 jaar	14.385, waarvan: – 13.0291 geboren in een land waar VGV voorkomt – 776 asielaanvragers – 72 zonder papieren – 508 geboren in België of in een land waar VGV niet wordt toegepast	Heel waarschijnlijk reeds besneden Reeds besneden of lopen VGV-risico.	StatBel, of Fedasil: vrouwen geboren in het buitenland en nog niet in het Rijksregister vermeld (asielaanvragers); Dokters van de Wereld: vrouwen zonder papieren.
Vrouwen van 50 jaar of ouder	1.716, waarvan: – 1.589 geboren in een land waar VGV voorkomt – 67 asielaanvragers – 8 zonder papieren – 52 geboren in België of in een land waar VGV niet wordt toegepast	Heel waarschijnlijk al besneden Misschien al besneden in Europa of tijdens verblijf in het herkomstland	Statbel, of Fedasil: vrouwen geboren in het buitenland en nog niet in het Rijksregister vermeld (asielaanvragers); Dokters van de Wereld: vrouwen zonder papieren.
Totaal	25.914 – 18.067 geboren in een land waar VGV voorkomt – 1.152 asielaanvragers – 86 zonder papieren – 6.609 geboren in België of in een land waar VGV niet wordt toegepast	Waarschijnlijk al besneden Lopen VGV-risico of zijn misschien al besneden	

Samengevat ramen we, bij een gemiddelde hypothese, dat:

- 17.575 meisjes en vrouwen, geboren in een land waar VGV wordt toegepast en die in België wonen, zeer waarschijnlijk al besneden zijn;
- 8.342 meisjes en vrouwen geboren in België het risico op VGV lopen. (sommigen van hen zijn misschien al besneden in Europa of in het land van herkomst, bijvoorbeeld tijdens een vakantie).
- Aan deze groep moeten we de 1.155 asielaanvragers toevoegen (waaronder 96 meisjes jonger dan 5 jaar) die geschikte opvang nodig hebben binnen het opvangnetwerk en de verenigingen die werken met asielzoekers, vluchtelingen en mensen zonder papieren.

10 Bespreking – Gevolgen voor de medico-sociale diensten in België

Deze actualisering van de VGV-prevalentiestudie, met een gelijkaardige methodologie maar meer volledige en recentere gegevens, doet ons besluiten dat er in België een groot aantal meisjes en vrouwen wonen die heel waarschijnlijk al besneden zijn, of die VGV riskeren.

In 2008 raamden we het aantal heel waarschijnlijk reeds besneden vrouwen op 6.260 en het aantal meisjes dat het risico liep op 1.975. In 2012 stellen we een verdubbeling van de cijfers vast in beide categorieën, met 13.112 ‘heel waarschijnlijk reeds besneden’ vrouwen en 4.084 meisjes die ‘VGV-risico lopen’. In 2016 zien we een toename met 32% van het aantal ‘waarschijnlijk reeds besneden’ vrouwen en met 37% van het aantal meisjes die ‘VGV-risico lopen’. Van de 8.342 meisjes en vrouwen die een risico op VGV lopen, zijn er 508 tussen 20 en 49 jaar en 52 ouder dan 50 jaar. De vrouwen uit deze twee leeftijdsgroepen zijn waarschijnlijk reeds besneden.

De toename van ‘waarschijnlijk reeds besneden vrouwen’ wordt verklaard door de toevoeging van Indonesië (13% van de toename) en door de aankomst van nieuwkomers (1^{ste} generatie) uit Guinee (36% van de toename) en Somalië (20% van de toename). De andere herkomstlanden van nieuwkomers zijn de Hoorn van Afrika (Djibouti, Egypte, Ethiopië en Eritrea, Ivoorkust en Irak (ongeveer 3% van de toename voor elk van deze landen).

Voor meisjes in gevaar is de stijging voornamelijk toe te schrijven aan geboortes (2^{de} generatie) uit moeders uit Guinee (52%) en Somalië (12%) en de toevoeging van meisjes geboren uit een Indonesische moeder (8,5% toename). Andere landen die bijdroegen aan deze geboortestijging zijn de landen van de Hoorn van Afrika en Soedan, Ivoorkust en Sierra Leone (ongeveer 3% van de stijging voor elk land).

Sommige meisjes jonger dan 18 kregen ook bijzondere bescherming tegen het risico op VGV omdat hen de status van vluchteling werd verleend op basis van dit risico. Bij deze bijzondere procedure van CGVS wordt via een medisch onderzoek nagegaan of het meisje intact is alvorens haar het vluchtelingenstatuut toe te kennen. Totdat het meisje de Belgische nationaliteit krijgt is er ook een verplichting jaarlijks een medisch attest voor te leggen, waaruit blijkt dat zij geen genitale verminking onderging. In 2016 genoten 1.703 meisjes en adolescenten (461 meisjes van 0-4 jaar, 763 tussen 5-9 jaar oud, 367 van 10-14 jaar oud, 107 meisjes van 15-19 jaar en 5 meisjes waarvan de leeftijd niet bekend is), deze bescherming. Het gaat meestal om meisjes uit Guinee (1.255 meisjes) die de status van vluchteling kregen tussen 2011 en 2016 (1.388 meisjes).

Wat de Fedasil-gegevens betreft is het aantal meisjes en vrouwen met verhoogd risico gedaald met 12%. Het aantal vrouwelijke asielaanvragers dat een risico loopt daalde met 387 vrouwen uit Guinee en steeg met 275 vrouwen uit Somalië.

De data per leeftijdscategorie geven ons een idee van de doelgroepen van de socio-medische diensten tijdens bepaalde levensfasen.

De categorie **jonger dan 5 jaar**, die terecht komt bij K&G, ONE en de CLB's¹⁰, wordt geraamd op **3.262** meisjes die mogelijk een VGV-risico lopen of misschien al besneden zijn als ze geboren zijn in een land waar VGV wordt toegepast.

De doelpopulatie van de diensten voor gezondheidspromotie op school en de centra van Dokters van de Wereld bestaat uit **meisjes tussen 5 en 19 jaar**. Hun aantal wordt geraamd op **6.547** meisjes en adolescenten.

De doelpopulatie van de diensten algemene en reproductieve geneeskunde wordt geraamd op **14.391 vrouwen tussen 20 en 49 jaar**.

Het aantal vrouwen van **50 jaar en ouder**, die laattijdige complicaties kunnen ontwikkelen ten gevolge van VGV wordt op **1.717** geraamd.

Het aantal **asielzoekers**, die heel waarschijnlijk al besneden zijn en nood hebben aan geschikte ondersteuning, binnen het opvangnetwerk en de verenigingen voor asielzoekers en vluchtelingen, wordt op **1.155** geraamd.

Het aantal **meisjes en vrouwen zonder papieren** wordt geraamd op **86**. Het gaat om zeer waarschijnlijk reeds besneden vrouwen die de zorgcentra van Dokters van de Wereld bezoeken.

Het onderscheid tussen meisjes en vrouwen die besneden zijn en degenen die een VGV-risico lopen, laat eveneens toe de nodige ondersteuning te voorzien: 17.575 reeds besneden meisjes en vrouwen (asielaanvragers niet meegerekend) zullen mogelijk op consultatie komen voor de complicaties en gevolgen van VGV. 8.342 meisjes en vrouwen die een VGV-risico lopen, hebben wellicht nood aan opvolging en bescherming in het geval ze terugkeren naar hun land van herkomst voor vakantie. In de risicogroep genieten 1.703 meisjes een speciale bescherming van de CGVS, en kregen het statuut van vluchteling op basis van het VGV-risico.

Vlaanderen blijft met 11.000 meisjes en vrouwen die al besneden zijn of VGV riskeren, ver voor op het Brussels hoofdstedelijk Gewest (8000) en Wallonië (5.500). Guinee, Somalië, Egypte, Ethiopië en Ivoorkust zijn de vijf meest vertegenwoordigde landen binnen de getroffen vrouwenpopulatie in België.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (8.075 meisjes en vrouwen die al besneden zijn of VGV-risico lopen), de provincie Antwerpen (4.815) en de provincie Luik (3.114) blijven de regio's waar de meeste meisjes en vrouwen verblijven, zoals ook het geval was in de vorige twee studies. Het aantal betrokken meisjes en vrouwen nam significant toe in West-Vlaanderen (786 meisjes en vrouwen in 2012 en 1.541 in 2016) en hun aantal steeg ook boven de 1.000 in Vlaams-Brabant (1.856), Oost-Vlaanderen (2.049) en Henegouwen (1.231).

De vijf meest vertegenwoordigde landen bij de vrouwelijke populatie die al besneden is of VGV riskeert zijn Guinee, Somalië, Egypte, Ivoorkust en Ethiopië. Deze landen zijn koplopers omdat er in België veel vrouwen wonen die uit deze landen komen (Ivoorkust, Nigeria), omdat de prevalentie in het land van herkomst erg hoog is (Ethiopië, Somalië, Egypte) of omwille van de 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

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

de nationaliteit moeten gebeuren en (2) het feit dat wij niet konden inschatten in welke mate de praktijk afneemt als gevolg van migratie naar een Europees land.

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

Aan de hand van de schattingen over bevallingen van besneden vrouwen kan men ook de opleidingsbehoeften van de betrokken gezondheidswerkers inschatten. Elk jaar bevallen er 1.400 besneden vrouwen in België (1.419 in 2016), die opgevolgd en specifiek behandeld zullen moeten worden door gynaecologen en vroedvrouwen.

Deze relatief hoge cijfers, die bovendien toenemen ten opzichte van de studie van 2012, bevestigen de noodzaak van een specifieke aanpak voor deze doelpopulaties.

Aangezien de getroffen gemeenschappen niet enkel 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 gemeenschapsorganisaties en -verenigingen zeker gesteund te worden in hun preventiewerk bij de betrokken families.

11 Aanbevelingen

Deze studie toont aan dat er in België een aanzienlijke nood is aan preventie (meisjes die het risico lopen op besnijdenis) en aan medico-sociale begeleiding (reeds besneden vrouwen).

Op het vlak van **preventie**:

- De inspanningen in verband met de sensibilisering van de gemeenschappen die al meerdere jaren worden ondersteund binnen de Franse gemeenschap, moeten uitgebreid worden naar de Vlaamse gemeenschap door steun aan verenigingen die zich bezighouden met preventie via gemeenschapswerk. In het bijzonder zou het beschikbaar stellen van twee *community animators* van GAMS België in het ONE-overleg kunnen getransponeerd worden naar K&G om er zeker van te zijn dat ouders zich bewust worden van het probleem tijdens de consultaties.
- De opleiding van professionals (ONE, K&G, PSE, CLB, SAJ, huisartsen, ziekenhuizen, opvangnetwerk voor asielzoekers) dient op een efficiënte en duurzame manier gepland en georganiseerd te worden om de meest betrokken provincies te bestrijken.
- De problematiek van het onderzoek van de externe genitaliën als preventie en/of identificatiemiddel van seksueel geweld en genitale verminking is regelmatig het onderwerp van beleidsvorming zonder inhoudelijke analyse van de potentiële doeltreffendheid en haalbaarheid ervan. Er moet een workshop worden georganiseerd met nationale en Europese deskundigen (ethiek, kindergeneeskunde, forensische geneeskunde, kinderrechten, preventiediensten voor kinderen, schoolgeneeskunde, enz.) teneinde te analyseren welke plaats het onderzoek van organen en externe geslachtsdelen moet krijgen in de preventie en bescherming van meisjes die een risico lopen op VGV en om de gekozen aanpak voor België op een gecoördineerde manier te bepalen.

Op het vlak van **de aanpak en begeleiding van besneden vrouwen**:

- Een nationale informatiecampagne moet worden georganiseerd om het bestaan bekend te maken van de twee geaccrediteerde centra (CeMAViE aan CHU St Pierre en de VrouwenKliniek van het UZ Gent) die uitgebreide zorg bieden aan besneden vrouwen (psychologisch, seksuologisch, operatief), terugbetaald door het RIZIV, maar nog niet bekend zijn bij alle betrokken vrouwen.
- Het aantal vrouwen dat VGV heeft ondergaan en het aantal bevallingen neemt voortdurend toe, vooral in Vlaanderen. Er moeten richtlijnen komen in verband met bevallingen door besneden vrouwen en indicaties voor desinfectatie, gevalideerd door de beroepsverenigingen van gynaecologen en verloskundigen. Deze moeten toegepast worden in elke kraamkliniek die vrouwen over de vloer krijgt uit landen waar VGV wordt uitgevoerd.

Op het vlak van **onderzoek**:

- Regelmatig de schattingen bijstellen om rekening te houden met migratie en nieuwe gegevens over prevalentie in de landen van herkomst.
- Kwalitatief onderzoek bij gemeenschappen uit landen buiten het Afrikaanse continent, zoals Irak (Koerden) en Indonesië dient uitgevoerd te worden om de context van de praktijk beter te begrijpen.

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 JA, DeBelle GD. 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 Belgique, INTACT, Collectif Liégeois MGF), Ed. GAMS Belgique, 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 Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour GAMS Belgique, 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 "Health, Research and development (FORWARD); 2007.

Dubourg D et Richard F. Studie over de prevalentie van vrouwelijke genitale verminking en van het risico op vrouwelijke genitale verminking in België: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 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.

Dubourg D et Richard F. Studie over de prevalentie van vrouwelijke genitale verminking en van het risico op vrouwelijke genitale verminking in België (Update 31 december 2012), FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu 2014.

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. Vilnius, 2013.

European Institute for Gender Equality (a), Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Report. Vilnius, 2015.

European Institute for Gender Equality (b), Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union – Step by step guide. Vilnius, 2015.

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, Kalthegeener 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.

Integra. Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland, Freiburg 2017.

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 Belgique. 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.

NIHRD. 2013 Basic Health Research (RISKESDAS). s.l.: National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health (Indonesia), 2013.

Ministry of Public Health and Population (MOPHP), et al. Yemen National Health and Demographic Survey 2013. Rockville, Maryland, USA: MOPHP, CSO, PAPFAM, and ICF International, 2015.

O'Neill S., Dubourg D., Florquin S., Bos M., Zewolde S., Richard F. “Men have a role to play but they don't play it”: A mixed methods study exploring men's involvement in Female Genital Mutilation in Belgium, the Netherlands and the United Kingdom. Men Speak Out Project, Brussels, 2017.

Parlement Européen 2018. Résolution du Parlement européen du 7 février 2018 sur la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines (2017/2936(RSP)) <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P8-TA-2018-0033+0+DOC+XML+V0//FR>

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 Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. New York: UNICEF, 2016.

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.

Bijlage

Algemene prevalentie en per leeftijdscategorie in de landen waar VGV wordt uitgevoerd (gegevens van 26 december 2017)

Landen	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Bron	Alg. Prevalentie
Benin	2,4	6,3	9,7	11,5	13,1	12,4	18,1	MICS 2014	9,2
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	69,6	81,6	89,2	92,6	95,4	94,9	97,1	HIS 2015	87,2
Eritrea	68,8	79,1	84,9	88,4	90,4	93	93,1	Population and health survey 2010	83
Ethiopië	47,1	58,6	67,6	75,8	75,3	75,3	75,3	DHS 2016	65,2
Gambia	76,3	74,1	73,5	73,9	76,8	74,9	75,9	DHS 2013	74,9
Ghana	1,5	1,8	3	4,4	5,5	6,6	6,4	MICS 2011	3,8
Guinee	94,5	96,5	97,3	97,3	96,6	99,1	98,7	MICS 2016	96,8
Guinee-Bissau	41,9	45,9	47,7	46,7	40,5	47,5	45,2	MICS 2014	44,9
Indonesië								Basic Health Research Survey 2013	51
Irak	4,9	7,5	9,1	9,1	9,7	9,4	10,3	MICS 2011	8,1
Ivoorkust	27,4	33,6	40	40,8	40	42,9	41,5	MICS 2016	36,7
Jemen	16,4	16,8	16,4	20,5	23,1	22,1	22,8	DHS 2013	18,5
Kenia	11,4	14,7	18	22,9	27,8	32,1	40,9	DHS 2014	21
Liberia	31,1	39,8	50,1	60,3	60,3	63,3	72,4	DHS 2013 member of secret society	49,8
Mali	83,1	82,7	82,9	81	82,1	84,1	83,9	MICS 2015	82,7
Mauritanië	62,5	64,1	67,9	65,5	69,1	71,5	72,5	MICS 2015	66,6
Niger	1,4	2,1	1,9	1,7	3	2,3	1,4	DHS 2012	2
Nigeria	15,3	21,7	22,9	27,4	30,4	33	35,8	DHS 2013	24,8
Oeganda	1	0,8	1,9	2,1	1,3	1,7	1,9	DHS 2011	1,4
Senegal	20,6	22,6	22,5	23,3	25	22,2	26	DHS continue 2016	22,7
Sierra Leone	74,3	87,5	93,2	95,8	97,5	97,4	97,8	DHS 2013	89,6
Soedan	81,7	85,7	87,6	88	86,6	91,4	91,8	MICS 2014	86,6
Somalië	96,7	97,9	97,9	98,8	98,9	97,9	99,1	MICS 2006	97,9
Tanzania	4,7	7,3	8,1	12,8	13,4	15,4	18,7	DHS 2015-2016	10
Togo	1,8	2,2	3,8	4,9	6,5	8,6	10,2	DHS 2013-2014	4,7
Tsjaad	31,8	38,1	41,5	40,7	40,4	42,2	39,4	DHS 2014-2015	38,4