

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

Geactualiseerd op 31 december 2012

Promotor : FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Hoofdonderzoekers : Dominique Dubourg¹, Fabienne Richard¹

Begeleidingscomité :

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

1 Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen, ITG

2 Commissariaat generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen, CGVS

3 Kind en Gezin, K&G

4 Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers, Fedasil

5 International Centre for Reproductive Health, ICRH

6 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, WIV (nu WGO)

7 Office de la naissance et de l'enfance, ONE

8 Hoog-Commissariaat voor de Vluchtelingen van de Verenigde Naties, UNHCR

Context

Wereldwijd zijn er naar schatting meer dan 125 miljoen meisjes en vrouwen in 29 Afrikaanse landen en het Midden Oosten slachtoffer van een of andere vorm van vrouwelijke genitale verminking (VGV) zoals clitoridectomie, excisie of infibulatie. In de volgende tien jaar lopen ruim dertig miljoen anderen het risico slachtoffer te worden van dit soort praktijken (UNICEF 2013).

Deze verminkingen komen, weliswaar in mindere mate, ook voor in andere delen van de wereld (Azië en Latijns-Amerika). Over hoeveel meisjes en vrouwen het hier precies gaat is niet bekend omdat er geen of weinig studies werden uitgevoerd in de betreffende landen.

In Afrika en het Midden-Oosten verschilt de prevalentie sterk van regio tot regio, zelfs binnen eenzelfde land. Niet alleen het gebied van herkomst en de etnische groep spelen hierbij een belangrijke rol, maar ook de respons van de politiek (sensibiliseringsprogramma's, de wet, ...).

VGV komt ook voor bij families die zich in Europa vestigden, zij het in mindere mate. Tijdens vakanties in het land van herkomst of zelfs in het gastland zet de praktijk zich verder. In België is vrouwelijke genitale verminking sinds 2001 expliciet bij wet verboden (Art.409 van het Strafwetboek). Deze wet geldt eveneens voor iedereen die zich in het buitenland hieraan schuldig maakt en in België wordt gevonden. Verenigingen

gespecialiseerd in de preventie van VGV voeren eveneens een sensibiliseringscampagne bij de betrokken gemeenschappen.

Het probleem is complex. We moeten niet alleen jonge meisjes beschermen tegen het risico op verminking maar ook rekening houden met gynaecologische-obstetrische en psychoseksuele verwickelingen bij besneden vrouwen en een toenemende vraag naar reconstructieve chirurgie.

Definitie en classificatie van vrouwelijke genitale verminkingen

Volgens de WGO omvatten vrouwelijke genitale verminkingen alle ingrepen die leiden tot een gedeeltelijke of volledige verwijdering van de uitwendige geslachtsorganen van vrouwen of elk ander letsel dat om niet-therapeutische redenen wordt toegebracht aan de genitaliën (WGO, 2008).

Volgens de WGO zijn er 4 types van VGV:

Type 1 of clitoridectomie waarbij de clitoris of de clitorishoed gedeeltelijk of volledig wordt weggesneden.

Type 2 of excisie waarbij de clitoris en de kleine schaamlippen gedeeltelijk of volledig weggesneden worden of waarbij de buitenste schaamlippen al dan niet worden weggehaald.

Type 3 of infibulatie waarbij de opening van de vagina wordt vernauwd of bedekt door ablatie en aan elkaar hechten van de kleine en/of grote schaamlippen, met of zonder excisie van de clitoris.

Type 4 omvat alle andere schadelijke ingrepen die op de vrouwelijke geslachtsorganen worden aangebracht voor niet medische doeleinden, zoals een punctie, een perforatie, een incisie of verbranding.

(WGO 2008)

Het type verminking, de leeftijd waarop ze gebeurt en de persoon die de praktijk uitvoert, variëren naargelang het land van herkomst en de etnische groep.

Volgens de laatste UNICEF studie (2013), heeft meer dan 1 meisje op 5 een verminking type III (infibulatie) ondergaan in Djibouti, Eritrea, Niger, Senegal en Somalië.

In de helft van de landen die over gegevens beschikken, werd de meerderheid van de meisjes besneden vóór ze 5 jaar werden. In Egypte, de Centraal-Afrikaanse Republiek, Somalië en Tsjaad werden tenminste 80% van de meisjes tussen 5 en 14 jaar besneden.

De VGV wordt gewoonlijk uitgevoerd door traditionele besnijders (M/V). In Egypte, Kenia en Soedan wordt echter een belangrijk deel van deze ingrepen uitgevoerd door zorgverleners (UNICEF 2013).

Doel van de studie

Deze kwantitatieve studie wil de gegevens van 2008, met betrekking tot de prevalentie van VGV in België, actualiseren en wil nagaan

- hoeveel waarschijnlijk besneden vrouwen er in België wonen;
- hoeveel meisjes die in België wonen een risico lopen op besnijdenis;
- hoe groot de doelgroep is van de verschillende medische/sociale diensten die te maken hebben met deze problematiek.

Promotor en onderzoekers

Deze studie is in overeenstemming met de aanbevelingen van de Europese Commissie inzake de verbetering van VGV statistieken¹. Ze werd uitgevoerd door het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen op verzoek van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid met de steun van een begeleidingscomité (CGVS, Fedasil, ICRH, K&G, ONE, WGO, UNHCR).

Methode²

De studie werd uitgevoerd in twee stappen:

Stap 1 : Een zo nauwkeurig mogelijke schatting van het aantal vrouwen die op Belgisch grondgebied wonen en afkomstig zijn uit een van de landen waar VGV wordt toegepast (1^{ste} generatie) en het aantal meisjes geboren uit deze moeders (2^{de} generatie)

Stap 2 : Extrapoleren van de vastgestelde prevalentie (per leeftijdscategorie) in het land van herkomst (DHS en MICS studies)³ op de vrouwen en meisjes die in België wonen.

Stap 1

Hierbij maakten we gebruik van verschillende bijkomende bronnen.

Gegevens van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (ADSEI) over de vrouwelijke bevolking afkomstig uit één van de landen waar VGV wordt uitgevoerd en die in België woonden op 31 december 2012.

Gegevens van de Dienst Vreemdenlingenzaken over vrouwen die in 2012 asiel vroegen in België en over vrouwen en meisjes, niet-asielzoekers, die opgevangen werden door het opvangnetwerk in 2012.

Geboortecijfers van ONE en K&G voor de periode 1998 tot 2012 voor moeders afkomstig uit een van de betrokken landen.

¹ Mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement en de Raad: Towards the elimination of female genital mutilation, Brussel, 25.11.2013 [COM (2013) 833 final].

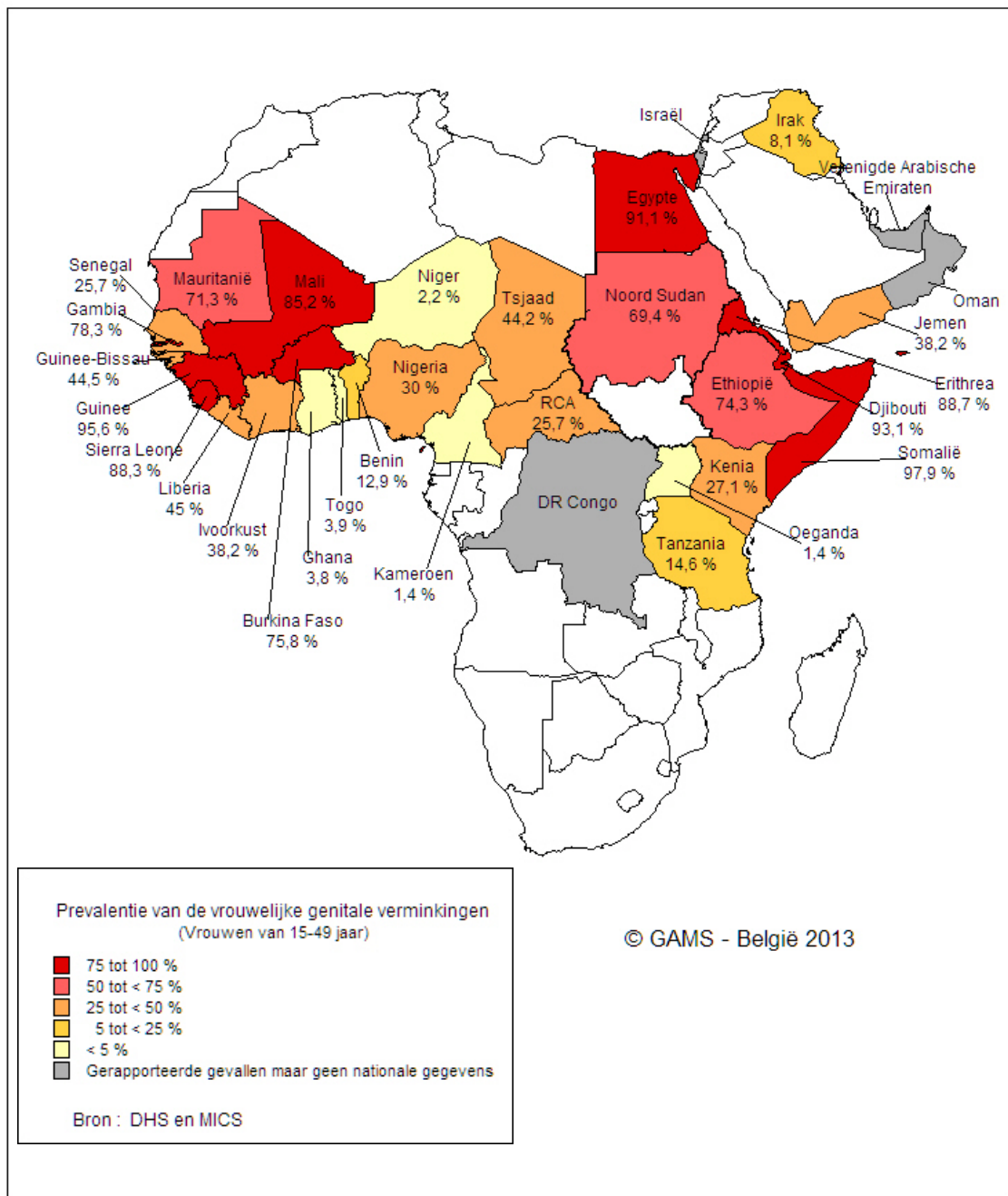
² Alle methodologische beperkingen, sterktes en zwaktes van deze studie zijn te vinden in de lange versie van het onderzoeksrapport en beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid

³ DHS : Demographic Health Survey, MICS : Multiple Indicator Cluster Survey

Stap 2

De prevalenties per leeftijdscategorie (15 tot 49 jaar) werden verzameld en toegepast op de vrouwelijke bevolking beschreven in stap 1. Deze prevalenties zijn te vinden in de DHS en MICS studies gepubliceerd op 30 november 2013 en beschikbaar op de officiële websites <http://www.measuredhs.com> en http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html (tabel 1 in bijlage 1).

Figuur 1. Geografische spreiding en prevalentie van VGV van type 1, 2 en 3 in Afrika en het Midden-Oosten, 2013 (bron bijlage 1)



Deze nieuwe studie maakt gebruik van dezelfde methodologie als de studie van 2010 die betrekking had op de gegevens van 1 januari 2008. De gebruikte gegevens werden echter vervolledigd en toegelicht op vier verschillende punten:

1. Het eerste grote verschil is de toevoeging van Irak als een land waar VGV wordt uitgevoerd. Het is al langer bekend dat Irak dit soort praktijken toepast, meer bepaald in Iraaks Koerdistan, in het noorden, maar het was in de vorige studie niet mogelijk om Iraakse vrouwen op te nemen in de schattingen omdat er geen prevalentiestudies voor Irak bestonden. In 2012 verscheen er echter een MICS studie met prevalentiegegevens voor Irak voor 2011⁴. Op basis hiervan kunnen wij nu ook Iraakse vrouwen die in België wonen in onze studie voor 2013 opnemen.
2. Een tweede verbetering betreft de gegevens voor asielzoekers die niet in de bevolkingsregisters zijn ingeschreven. Voor de eerste prevalentiestudie stuurden we een vragenlijst naar de centra van het opvangnetwerk voor asielzoekers om het aantal meisjes en vrouwen uit de betrokken landen te identificeren. Enkele data van de lokale opvangstructuren van het OCMW (ILA) en het Rode Kruis bleken echter onvolledig omdat niet alle centra de gevraagde gegevens aanleverden. De Dienst Vreemdelingenzaken heeft voor deze studie een waaier aan gegevens verstrekt, niet alleen over vrouwen en meisjes die in 2012 in België asiel vroegen, maar ook over vrouwen en meisjes, niet-asielzoekers, die opgevangen werden in centra van het opvangnetwerk in 2012.
3. Het derde punt betreft gegevens van de tweede generatie. De gegevens die we kregen van ONE en K&G werden vervolledigd voor de 5 jaar sinds de vorige studie en betreffen geboortes in België voor de periode 1998-2012, t.t.z. meisjes van 0 tot 14 jaar die geboren werden in België uit een moeder, onafhankelijk van haar huidige nationaliteit, oorspronkelijk afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast.
4. Een laatste punt betreft de bijgewerkte prevalentiegegevens naar leeftijd in het land van herkomst om de evolutie van de praktijk te weerspiegelen.

Berekeningshypothese

Voor het schatten van het aantal waarschijnlijk besneden vrouwen of meisjes die een risico lopen op VGV, gingen we uit van de veronderstelling dat meisjes en vrouwen die geboren werden in een land waar deze praktijken worden toegepast waarschijnlijk reeds besneden waren of een infibulatie ondergingen. En dat meisjes of vrouwen die in België of een ander land werden geboren waar VGV geen courante praktijk is, een risico lopen op VGV.

We gingen ook uit van de veronderstelling dat meisjes die in België geboren werden tussen 1998 en 2012, hier nog steeds wonen en niet terugkeerden naar het land van herkomst of migreerden naar een ander land.

⁴ Central Statistics Organization and Kurdistan Regional Statistics Office of Iraq. Iraq Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2011.

Zoals in onze vorige studie en andere Europese studies, hebben we geen gegevens over de etnische afkomst van de vrouwen. Deze informatie is wel belangrijk voor bepaalde landen waar de excisiepraktijk gerelateerd is aan de etnische afkomst.

De auteurs van de studie hielden rekening met de verschillende vooroordelen en methodologische beperkingen (EIGE 2013 , blz. 28-31) in hun berekeningshypothese en 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 . Ze tracht echter zo nauwkeurig mogelijk te zijn door het kruisen van verschillende gegevensbronnen. We namen de prevalenties per leeftijdsgroep op in deze studie om wijzigingen in de praktijk en in de tijd te kunnen volgen. Hoewel migratie er zeker voor zorgt dat het risico op besnijdenis vermindert, blijft de categorie van meisjes die een risico lopen , een doelgroep voor preventie-activiteiten bij baby's en kleuters (ONE, K&G) en kleine meisjes (PSE/PMS, CLB). Deze groep verdient dan ook onze bijzondere aandacht teneinde de preventiebehoeften te bepalen.

Resultaten

Op 31 december 2012 woonden er in België 48.092 vrouwen en meisjes⁵ afkomstig (oorspronkelijke of huidige nationaliteit) uit een land waar VGV voorkomt. Van deze vrouwen en meisjes zijn er naar schatting 13 112 « heel waarschijnlijk reeds besneden» terwijl 4 084 meisjes « een risico op besnijdenis lopen ».

Figuur 2. Aantal besneden vrouwen en meisjes of vrouwen en meisjes die een risico lopen op besnijdenis in België wonend op 31 december 2012 (aangepast schema van Andro & Lesclingand, 2007).

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

*Vrouwen en meisjes geboren in een land waar VGV niet wordt toegepast. Het gaat om 10.433 meisjes tussen 0 en 14 jaar, in België geboren, 1.075 meisjes en vrouwen ouder dan 15, geboren in België, 311 meisjes en vrouwen geboren in een ander Europees land, 126 geboren in een Afrikaans land waar VGV niet wordt toegepast, 108 uit het Midden-Oosten, 23 uit Zuid- en Noord-Amerika, en 15 uit Oost-Azië. Van 3 vrouwen is het geboorteland niet bekend.

⁵ In dit geval, de nationaliteit van de moeder

Het aantal vrouwen dat waarschijnlijk besneden werd, is, voor 2008, geschat op 6 260. Het aantal meisjes dat een risico loopt op VGV bedroeg 1 975. We constateren dus een verdubbeling voor de twee groepen. De opname van Irak in deze studie verklaart een klein deel van deze stijging (1.8% van de betrokken vrouwen is afkomstig uit Irak). De stijging is echter vooral te wijten aan de toestroom in de periode 2008-2012 van vrouwen afkomstig uit landen waar VGV wordt toegepast (1^{ste} generatie) en die deel uitmaken van de groep “waarschijnlijk besneden” (68,6% van de stijging) en de geboortes in de betreffende gemeenschappen (2^{de} generatie). Deze laatste groep loopt een risico op VGV en verklaart 24,8% van de stijging. De gegevens die we ontvingen van de Dienst Vreemdelingenzaken zijn vollediger dan bij de vorige studie. De toestroom van nieuwe asielzoeksters verklaart echter slechts 6,6% van de stijging.

De gegevens per leeftijdscategorie geven een beeld van de doelgroep van de medisch-sociale diensten tijdens de verschillende levensfasen.

- Meisjes **jonger dan 5 jaar** die beroep doen op de diensten van ONE, K&G en CLB⁶ : naar schatting lopen **2 493** meisjes risico op besnijdenis of werden al besneden als ze geboren zijn in een land waar VGV wordt toegepast.
- Meisjes van **5-19 jaar** : **3 887** meisjes en adolescenten deden naar schatting beroep op de diensten voor gezondheids promotie op school.
- Vrouwen tussen **20 en 49 jaar** : **9 846** vrouwen deden naar schatting een beroep op diensten van huisartsgeneeskunde en reproductieve gezondheid.
- Vrouwen van **50 en ouder** : naar schatting krijgen **970** vrouwen eventueel te maken met latere verwickelingen als gevolg van VGV.
- **Asielzoeksters**: men schat dat **1 300** waarschijnlijk besneden vrouwen nood hebben aan aangepaste opvang binnen een opvangnetwerk of vereniging die zich bezighoudt met de problematiek van asielzoekers en vluchtelingen.

Tabel 1. Raming van de vrouwelijke bevolking die waarschijnlijk besneden is of het risico loopt besneden te worden, per gewest, op 31 december 2012 (Bron ADSEI, ONE, Kind & Gezin)

Leeftijdscategorie	Vlaanderen	Wallonië	Brussel Hoofdstedelijk Gewest	Dienst Vreemde- lingenzaken	Totaal België*	Waarvan geboren in een land waar VGV voorkomt
< 5 jaar	1 071	563	707	151	2 493	414
5-19 jaar	1 574	725	1 308	280	3 887	2 290
20-49 jaar	3 788	1 839	3 392	827	9 846	9 478
50 jaar en +	328	177	423	41	970	930
Totaal	6 761	3 303	5 831	1 300	17 196	13 112

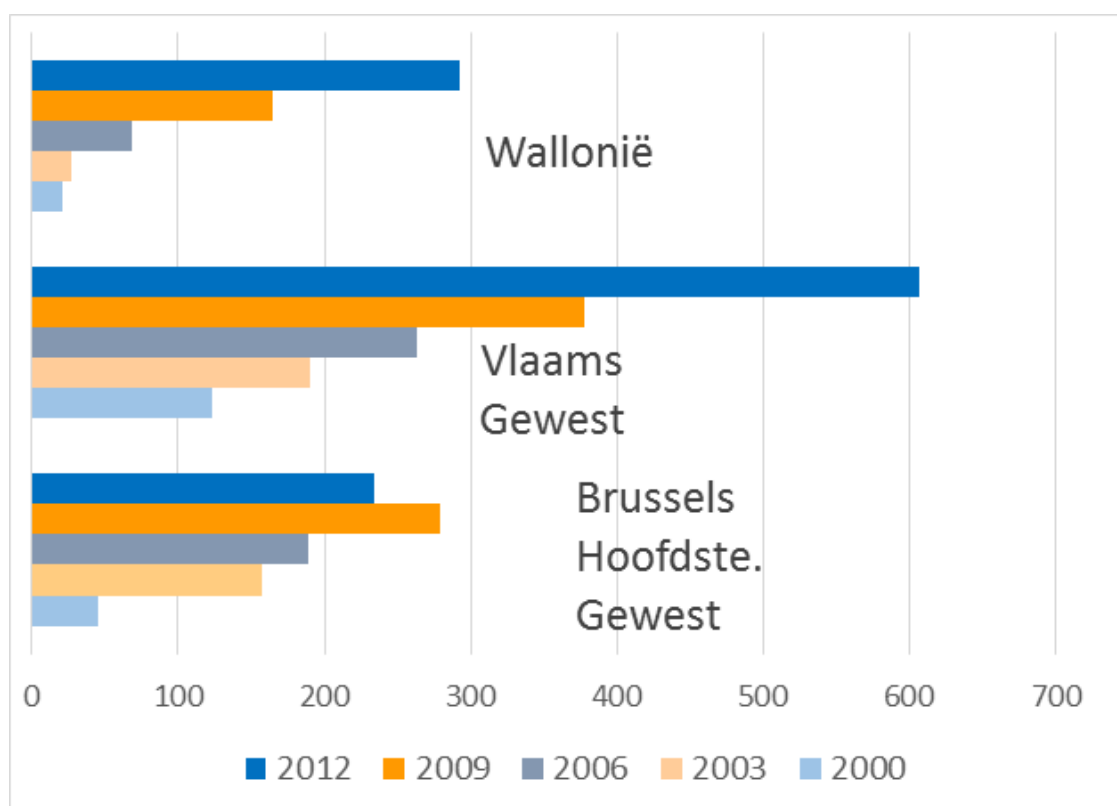
* Niet inbegrepen in de gegevens over asielzoekers

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

Het aantal meisjes jonger dan 5 jaar verdient onze bijzondere aandacht omdat zij de grootste kans lopen om het slachtoffer te worden van besnijdenis hetzij op Belgisch grondgebied of tijdens een vakantie in het land van herkomst. Hun aantal is meer dan verdubbeld in vergelijking met de studie van 2008, nl. 1.042 tegenover 2.493 in 2012.

Het aantal vrouwen dat waarschijnlijk besneden is en in België beviel, is eveneens gestegen. Er werden 637 kinderen (jongens en meisjes) en 1.203 kinderen geboren uit deze vrouwen in resp. 2008 en 2012. Deze gegevens zijn nuttig bij de evaluatie van de nood aan specifieke zorgen tijdens de zwangerschap en de bevalling in een materniteit.

Figuur 3. Evolutie tussen 1998 en 2012 van levende geboorten (jongens en meisjes) uit waarschijnlijk besneden moeders (bron: K&G en ONE)



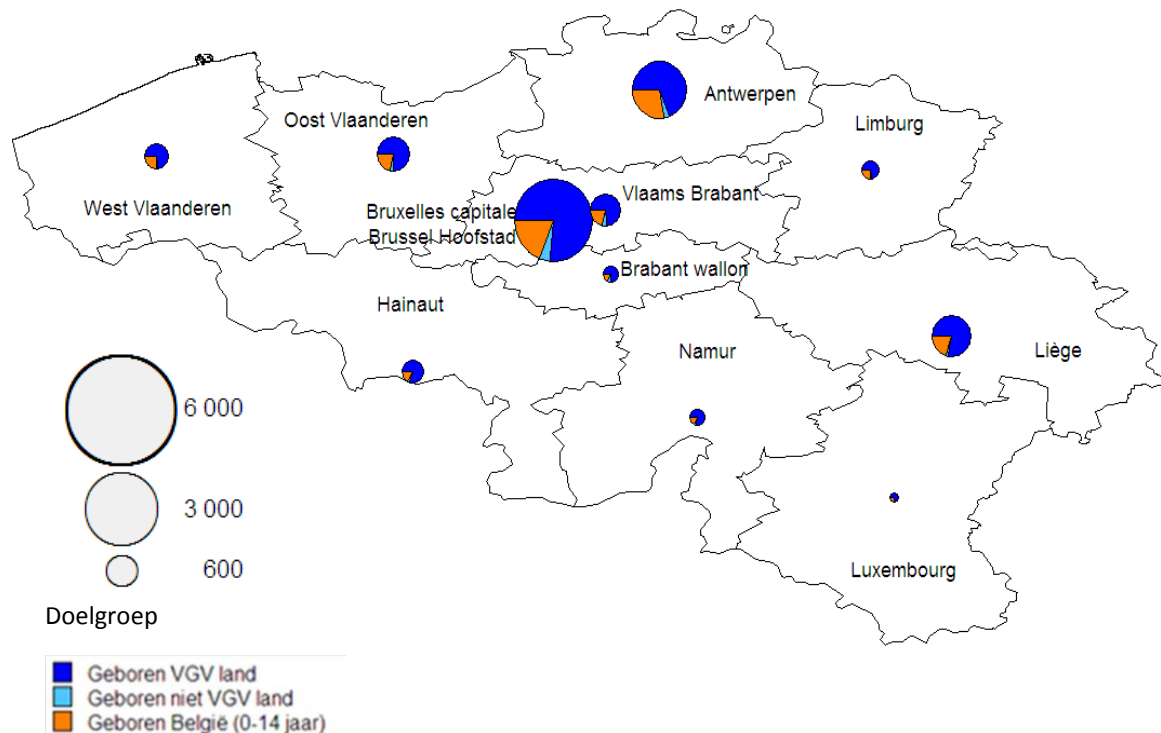
Wie zijn deze vrouwen en waar wonen ze ?

Tabel 2. Raming van het aantal zeer waarschijnlijk besneden vrouwen of meisjes die risico lopen op besnijdenis volgens de 10 meest betrokken nationaliteiten per regio, België, 2012.

Vlaanderen		Wallonië		Brussel		Dienst Vreemdelingen- zaken		België	
Nationaliteit van herkomst	Aantal	Nationaliteit van herkomst	Aantal	Nationaliteit van herkomst	Aantal	Nationaliteit van herkomst	Aantal	Nationaliteit van herkomst	Aantal
Guinee	1166	Guinee	1162	Guinee	2838	Guinee	706	Guinee	5872
Somalië	826	Ivoorkust	445	Somalië	331	Somalië	188	Somalië	1698
Nigeria	740	Somalië	352	Egypte	308	Djibouti	66	Egypte	1134
Egypte	704	Ethiopië	184	Ivoorkust	296	Erithrea	34	Ethiopië	1099
Ethiopië	691	Burkina Faso	170	Djibouti	265	Ivoorkust	32	Ivoorkust	984
Sierra Leone	401	Senegal	147	Mauritanië	208	Mauritanië	31	Nigeria	983
Soedan	265	Djibouti	130	Burkina Faso	206	Nigeria	29	Sierra Leone	602
Senegal	216	Mali	118	Senegal	201	Senegal	29	Senegal	593
Ivoorkust	211	Egypte	99	Ethiopië	200	Burkina Faso	29	Burkina Faso	547
Irak	197	Mauritanie	65	Nigeria	156	Ethiopië	23	Djibouti	534
Totaal tien nationaliteiten	5417		2873		5009		1169		14046
Algemeen totaal	6761		3303		5831		1298		17195
% top ten	80%		87%		86%		90%		82%

Zes landen staan in de top tien van de drie regio's : Guinee, Somalië, Egypte, Ivoorkust, Senegal en Ethiopië. De reden is enerzijds dat heel wat vrouwen afkomstig uit deze landen in België wonen (Senegal, Ivoorkust) en anderzijds de prevalentie erg hoog is in de landen van herkomst (Ethiopië, Somalië en Egypte). Voor Guinee hebben we een combinatie van de twee.

Figuur 4. Zeer waarschijnlijk besneden vrouwen, of meisjes die risico lopen op besnijdenis, per provincie op 31 december 2012 (Bron : ADSEI, ONE, K&G)



Dubourg D, Richard F. Studie over de prevalentie van en het risico op vrouwelijke genitale verminking in België . ITG 2014

Conclusie

Deze geactualiseerde prevalentiestudie, die gebruik maakt van een gelijkaardige methodologie maar met vollediger en recentere gegevens, toont een aanzienlijke stijging van het aantal zeer waarschijnlijk besneden vrouwen en meisjes met risico op besnijdenis die in België wonen. Deze stijging tegenover 2008, is te verklaren door de toestroom in de periode 2008-2012 van vrouwen uit landen waar VGV wordt uitgevoerd (1ste generatie) en door de geboortes binnen de betreffende gemeenschappen (2de generatie). Er werden geen noemenswaardige verschillen vastgesteld voor wat betreft de spreiding van de betreffende gemeenschappen in België. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de provincies Antwerpen en Luik blijven de geografische zones die de meerderheid van deze gemeenschappen opvangen. Guinee, Somalië en Egypte zijn nog steeds de landen waar de meeste vrouwen, die nu in België wonen, vandaan komen.

Deze studie blijft een schatting maar vormt een goede basis voor de evaluatie van de behoefte aan preventie en ondersteuning van deze doelgroep.

Aanbevelingen

Deze studie toont dat de nood aan preventie (meisjes die risico lopen op besnijdenis) en de medische/sociale behandeling (besneden vrouwen) groot is in België en nog toenam in de periode 2008-2012.

Er werden al heel wat inspanningen geleverd door gespecialiseerde instanties en verenigingen⁷ o.a. door de **opleiding van professionelen**, mede dankzij de steun van verschillende federale, regionale en communautaire instanties. Gespecialiseerde verenigingen voor de **preventie van VGV** hebben sinds 2008 antennes voor preventie en begeleiding van de slachtoffers opgericht. Deze inspanningen moeten echter verder ondersteund en versterkt worden.

De behandeling van de **gevolgen van besnijdenis** moet in België echter verder verbeterd worden o.a. door het openen van centra die een totaalpakket aanbieden (psycholoog, seksuoloog, chirurgie) en door terugbetaling van de zorg door het RIZIV.

Op **onderzoekgebied** is een regelmatige actualisering van de schattingen gewenst. Hierdoor krijgen we zicht op de migratie en nieuwe prevalentiedata in de landen van herkomst.

Referenties

European Institute for Gender Equality, *Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia – Report*. European Union, 2013.

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

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

⁷ GAMS België vzw, INTACT vzw, ICRH Gent, Collectif Liégeois contre les mutilations génitales féminines.

Recente gelijkaardige VGV prevalentiestudies uitgevoerd in Europa

Deze studies zijn terug te vinden op de website van EIGE

<http://eige.europa.eu/resources/female-genital-mutilation>

Exterkate M. Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants. Pharos Centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees Ed. 2013.

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

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

Kőszeghy L. FGM Prevalence in Hungary-estimation. Budapest: MONA Foundation; 2012

Fondazione L'Albero della Vita. Il diritto di essere bambine. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili. Scattoni O, Rossitto A. Ed. 2011

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.

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.

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

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

Gruber F, Kalthegener R. Statement of Terre des Femmes e. V. - Human Rights of Women at the Public Hearing of the Committee on Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth on the subject, "Fighting Female Genital Mutilation" on September 19th, 2007

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

Bijlage 1. Bronnen van de DHS en MICS die gebruikt werden in deze studie

	Algemene prevalentie	Bron
Benin	12,9	DHS 2006
Burkina Faso	75,8	DHS 2010
Kameroen	1,4	DHS 2004
Centraal-Afrikaanse Rep.	24,2	MICS 2010
Ivoorkust	38,2	DHS 2012
Djibouti	93,1	MICS 2006
Egypte	91,1	DHS 2008
Erithrea	88,7	DHS 2002
Ethiopië	74,3	DHS 2005
Gambia	76,3	MICS 2010
Ghana	3,8	MICS 2011
Guinee	95,6	DHS 2005
Guinee-Bissau	49,8	MICS 2010
Irak	8,1	MICS 2011
Kenia	27,1	DHS 2008
Liberia	65,7	DHS 2007
Mali	85,2	DHS 2006
Mauritanië	72,2	MICS 2007
Niger	2,2	DHS 2006
Nigeria	27	MICS 2011
Oeganda	1,4	DHS 2011
Senegal	25,7	DHS 2010/2011
Sierra-Leone	88,3	MICS 2010
Somalië	97,9	MICS 2006
Soedan (15 noordelijke staten)	69,4	MICS 2006
Tanzania	14,6	DHS 2010
Tsjaad	44,2	MICS 2010
Togo	3,9	MICS 2010
Jemen	38,2	PAPFAM 2003