



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

Geactualiseerd op de cijfers van 31 december 2016

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

**Hoofdonderzoekers:** Dominique Dubourg<sup>1</sup>, Fabienne Richard<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Arts en demograaf, gastonderzoeker bij de Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS Belgique)

<sup>2</sup> Vroedvrouw, Master of Science, PhD in Volksgezondheid, directrice van GAMS België en gastonderzoeker bij het Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen.

### Begeleidingscomité:

Valentine Audate<sup>3</sup>, Nicolas Belkacemi<sup>4</sup>, Rita Eggermont<sup>5</sup>, Martine Hendrickx<sup>6</sup>, Stéphane Heymans<sup>7</sup>, Samuel Ndamè<sup>8</sup>, Hans Verrept<sup>9</sup>.

<sup>3</sup> Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS)

<sup>4</sup> Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (IEFH)

<sup>5</sup> Kind en Gezin (K&G)

<sup>6</sup> Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers (Fedasil)

<sup>7</sup> Dokters van de Wereld, België (MDM)

<sup>8</sup> Office de la naissance et de l'enfance (ONE)

<sup>9</sup> FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

**Visualisatie:** mavromatika.com

Met de medewerking van:



## Studieachtergrond

Volgens Unicef hebben ten minste 200 miljoen meisjes en vrouwen, die momenteel in 30 landen in Afrika, het Midden-Oosten en Azië wonen, een vorm van genitale verminking (clitoridectomie, excisie of infibulatie)(1) ondergaan. Vrouwelijke genitale verminking (VGV) is een schending van de mensenrechten en een vorm van gendergerelateerd geweld. Deze praktijken kunnen levenslang talrijke fysieke en psychologische complicaties met zich meebrengen.

Gezinnen die in Europa kwamen wonen zetten de praktijk, soms in mindere mate, voort tijdens vakanties in het land van herkomst of op het grondgebied van het gastland. In 2001 heeft België vrouwelijke genitale verminking expliciet bij wet verboden (art. 409 Strafwetboek). Het probleem is complex want het gaat niet enkel over bescherming van meisjes die een risico lopen, maar ook om de zorg bij gyneco-verloskundige en psychoseksuele complicaties van vrouwen die slachtoffer werden van VGV.

Het laatste prevalentieonderzoek had betrekking op de situatie opgetekend op 31 december 2012. Het toonde een verdubbeling van het aantal gevallen op 5 jaar tijd. Naar schatting waren er op dat moment 13.112 meisjes en vrouwen die reeds besneden waren en 4.084 anderen die dat risico liepen (5).

De voorbije twee jaar werd België geconfronteerd met een migratiecrisis met, naast een instroom van Syrische en Iraakse families, ook families uit Oost-Afrika, o.a. Somalië en Eritrea. Deze laatste twee landen hebben een hoge VGV-prevalentiegraad. Er was dus een nieuwe studie nodig om de gegevens te actualiseren. Zo kunnen interventies van de diensten, betrokken bij bescherming en zorg, voor meisjes die risico lopen en vrouwen die VGV-slachtoffer zijn, verbeterd worden.

## Doel van de studie

Deze kwantitatieve studie beoogt een actualisering van de gegevens van 2012, met betrekking tot de prevalentie van VGV in België, en wil meer bepaald nagaan:

- Hoeveel besneden meisjes en vrouwen er in België wonen;
- Hoeveel in België wonende meisjes risico lopen op besnijdenis;
- Hoe groot de doelgroep is van de verschillende medisch/sociale diensten die zich bezighouden met deze problematiek.

## Methodologie

De studie werd uitgevoerd<sup>1</sup> in twee stappen:

**Stap 1: Een zo nauwkeurig mogelijke schatting van het aantal vrouwen dat op Belgisch grondgebied woont en afkomstig is uit een van de landen waar VGV wordt uitgevoerd, en van het aantal meisjes geboren in België uit deze moeders.**

---

<sup>1</sup> Alle methodologische gegevens, de sterktes en zwaktes van deze studie zijn terug te vinden in het uitgebreide onderzoeksrapport dat beschikbaar is op de website van IGVM en van de FOD Volksgezondheid.

Vijf bijkomende bronnen werden aangeboord:

- Gegevens uit het Rijksregister (RR), aangeleverd door de Algemene Directie Statistiek, Statbel, over de vrouwelijke bevolking afkomstig uit ieder land waar VGV wordt uitgevoerd en die in België woonden op 31 december 2016.
- Gegevens tot 31 december 2016 van het Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers (Fedasil), over meisjes en vrouwen uit de landen waar VGV wordt uitgevoerd (zowel zij die internationale bescherming vroegen in België, als zij die zonder verzoek om internationale bescherming, opgevangen werden in het opvangnetwerk).
- Gegevens van Dokters van de Wereld België over vrouwen zonder geldige documenten en die in 2016 verzorgd werden in een van hun antennes.
- Belgische geboortecijfers van ONE en Kind & Gezin voor 1998 tot 2016, met betrekking tot moeders afkomstig uit één van de betrokken landen.
- Gegevens over het verlenen van het statuut van vluchteling en subsidiaire bescherming, aan meisjes van 0 tot 19 jaar (29/09/2017) door het CGVS (Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen).

**Stap 2: Geobserveerde prevalentie van VGV (volgens leeftijdscategorie) in landen waar deze praktijken toegepast worden (DHS- en MICS-studies)<sup>2</sup> bij vrouwen en meisjes die in België wonen.**

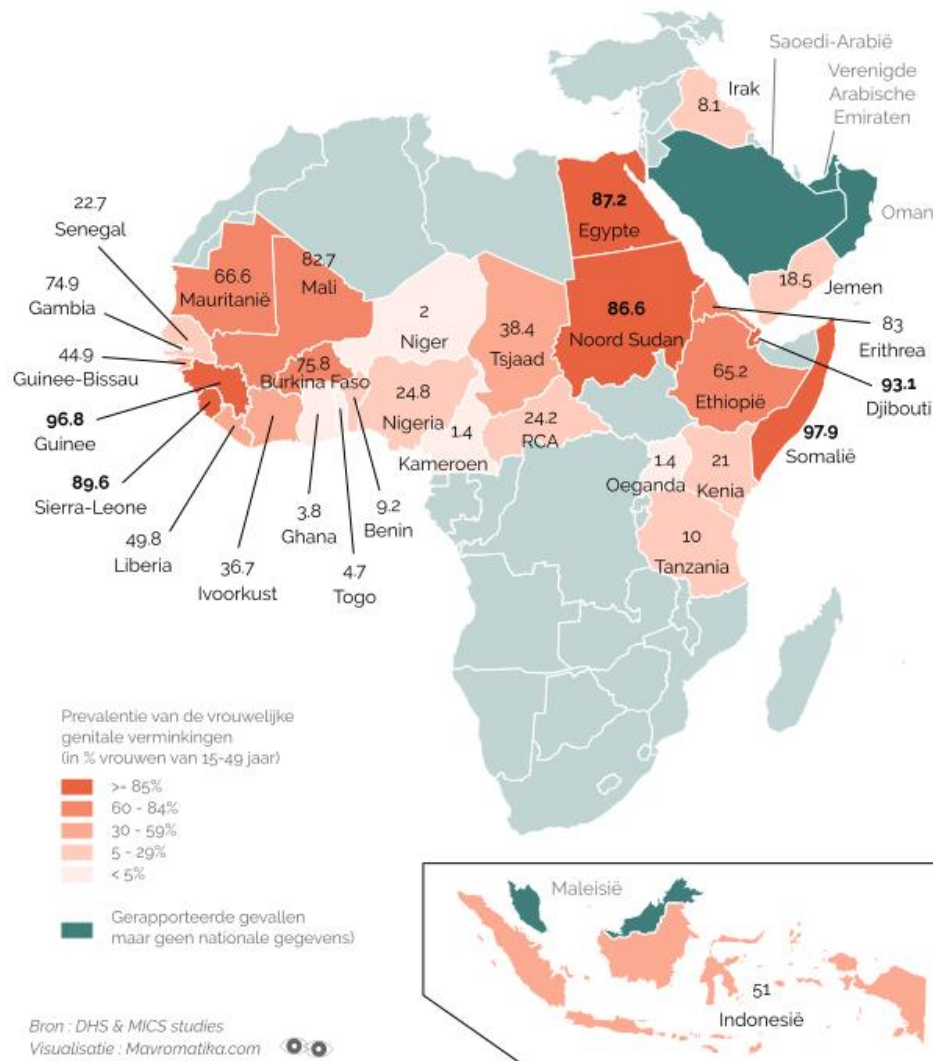
De prevalentie van VGV per leeftijdscategorie (15 tot 49 jaar) volgens de meest recente DHS- en MICS-studies werd geëxtrapoleerd en toegepast op de doelgroep beschreven in stap 1. De prevalentiegegevens uit de DHS- en MICS-studies van 26 december 2017 zijn terug te vinden op de officiële website <http://www.measuredhs.com> en [http://www.childinfo.org/mics4\\_surveys.html](http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html).

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

---

<sup>2</sup> DHS: Demographic and Health Survey, MICS: Multiple Indicator Cluster Survey

**Figuur 1. Geografische spreiding en prevalentie van vrouwelijke genitale verminking van type 1, 2 en 3 in Afrika, het Midden-Oosten en Indonesië, 2016**



## Vier verbeteringen in methodologie in vergelijking met de vorige studie

1. **Toevoeging van gegevens over Indonesië.** Bij onze vorige studie vonden we geen enkel rapport met betrekking tot de prevalentie van VGV in dat land. Sindsdien publiceerde het Indonesische ministerie van Volksgezondheid prevalentiecijfers voor het jaar 2013 (2). Dit liet ons toe om ook vrouwen afkomstig uit Indonesië op te nemen in deze prevalentiestudie.
2. **Toevoeging van gegevens i.v.m. vrouwen die niet in de bevolkingsregisters zijn ingeschreven, maar die begeleiding kregen in een van de antennes van Dokters van de Wereld België.** Deze gegevens zijn afkomstig van Dokters van de Wereld en zijn waarschijnlijk onvolledig omdat niet alle meisjes en vrouwen zonder papieren gebruikmaken van deze diensten. We kiezen ervoor om cijfers van slechts één vereniging op nationaal niveau te gebruiken en aldus dubbeltelling te voorkomen

(zoals bij gegevens van verschillende verenigingen die mensen in precare verblijfssituaties begeleiden).

3. **Wij hielden in deze studie rekening met de leeftijd bij aankomst** (een gegeven dat niet beschikbaar was bij de vorige studies). Dit laat ons toe om schattingen te maken van het aantal meisjes die risico lopen op, of reeds slachtoffer werden van VGV, in functie van hun leeftijd bij aankomst in België.
4. **Wij hielden rekening met het aantal meisjes die, precies op basis van het risico op VGV, een internationale bescherming verkregen** (statuut van vluchteling of subsidiaire bescherming). Dit cijfer is significant in België in vergelijking met andere Europese landen, en het is dan ook belangrijk dat we hiermee rekening houden.

## Drie berekeningshypotheses

1. **Volgens de hoogste schatting**, zijn alle meisjes en vrouwen, geboren in een land waar VGV wordt toegepast (heel waarschijnlijk) al besneden of geïnfibuleerd als ze in België aankomen, en dit volgens dezelfde verhouding en leeftijdscategorie als in hun land van herkomst. Uitgezonderd zij die, op basis van het risico van besnijdenis, reeds internationale bescherming kregen.

Alle vrouwen en meisjes die in België geboren zijn of in landen waar VGV niet gebruikelijk is, zijn intact maar lopen het risico besneden te worden als er geen preventieinspanningen worden gedaan.

2. **Volgens de gemiddelde schatting**, zijn alleen de meisjes en vrouwen **die in België toekwamen op 5-jarige leeftijd of ouder**, zeer waarschijnlijk besneden of geïnfibuleerd in hun herkomstland., en dit in dezelfde proporties als in hun land van herkomst op die leeftijdsklasse. Opnieuw met als uitzondering zij die omwille van VGV-**risico internationale bescherming kregen na de leeftijd van 5 jaar**. De meisjes en vrouwen die in België arriveerden **voor hun 5 jaar, en zij die in België of een ander land waar VGV niet gebruikelijk is, werden geboren**, zijn intact maar at risk.
3. **Volgens de laagste schatting**, zijn alle vrouwen en meisjes, geboren in een land waar VGV wordt uitgevoerd en die in België arriveerden **op 10-jarige leeftijd of ouder**, zeer waarschijnlijk reeds besneden of geïnfibuleerd bij aankomst. En dit in dezelfde verhouding als hun leeftijdsgenoten in het land van herkomst. Opnieuw met als uitzondering zij die omwille van VGV-**risico internationale bescherming kregen na de leeftijd van 10 jaar**. Vrouwen en meisjes die hier arriveerden voor de **leeftijd van 10 jaar** zijn wel nog intact maar at risk.

## Foutmarge en beperkingen van de studie

Zoals in onze vorige 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 etnische afkomst.

De auteurs van deze studie hielden rekening met eventuele foutenmarges en gekende methodologische beperkingen (8)(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. Zij betracht een zo groot mogelijke objectiviteit 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 risico op besnijdenis vermindert, blijft de categorie van meisjes die risico lopen, een doelgroep voor preventie-activiteiten bij baby's, kleuters (ONE, K&G) en jonge meisjes (PSE/PMS, CLB). Deze groep verdient dan ook onze bijzondere aandacht teneinde de preventienood te bepalen.

## Resultaten

### Hoeveel vrouwen, slachtoffer van VGV, wonen er in België?

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

**Tabel 1. Uitsplitsing van de vrouwen die in België woonden op 31 december 2016, afkomstig uit een land waar VGV wordt toegepast, volgens gegevensbron en leeftijd bij aankomst**

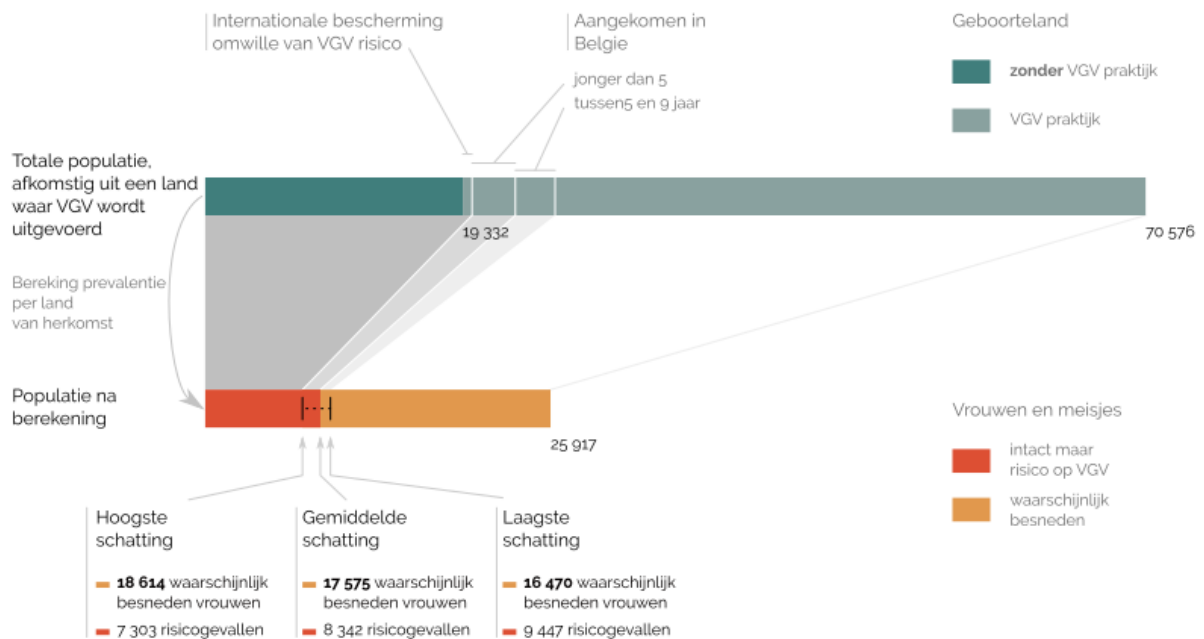
Gegevensbron	Status	Geboorteland	Leeftijd bij aankomst in België			Totaal
			< 5 jaar	5 - 9 jaar	>= 10 jaar	
Rijksregister	Ingeschreven in het Rijksregister	VGV-landen	3 392	3 533	41 604	48 529
		Geen VGV-land				1 935
ONE - Kind & Gezin	Meisjes 0-18 jaar	België				17 397
Fedasil	Verzoekers om internationale bescherming	VGV-landen				2 444
Dokters van de Wereld	Vrouwen zonder papieren	VGV-landen				271
<b>Totaal</b>						<b>70 576</b>

Wij pasten de prevalenties van de meest recente DHS en MICS-studies toe op deze populatie per leeftijdscategorie (15-49 jaar). Dit betekent een totaal van **25.917 vrouwen en meisjes die met het probleem van VGV te maken hebben**, hetzij als slachtoffer van de praktijk, hetzij omdat ze het risico lopen.

**Tabel 2. Uitsplitsing van de vrouwen betrokken bij VGV-praktijken, volgens gegevensbron en leeftijd bij aankomst, op 31 december 2016**

Gegevensbron	Statuut	Geboorteland	Leeftijd bij aankomst in België			Totaal
			< 5 jaar	5 - 9 jaar	>=10 jaar	
Rijksregister	Ingeschreven in het bevolkingsregister of op de wachtlijst	VGV-landen	1 039	1 105	15 229	17 373
	Ingeschreven in het bevolkingsregister of op de wachtlijst maar reeds met statuut van vluchteling of subsidiaire bescherming ter bescherming tegen VGV	VGV-landen	440	206	48	694
	Ingeschreven in het bevolkingsregister of op de wachtlijst	Geen VGV-land				712
ONE - Kind & Gezin	Meisjes van 0-18 jaar	België				5 897
Fedasil	Verzoekers om internationale bescherming	VGV-land				1 155
Dokters van de wereld	Vrouwen zonder papieren	VGV-land				86
<b>Totaal</b>						<b>25 917</b>

**Figuur 2. Schatting van het aantal meisjes en vrouwen dat in België woont en dat al besneden is of het risico loopt slachtoffer te worden van VGV, op 31 december 2016**



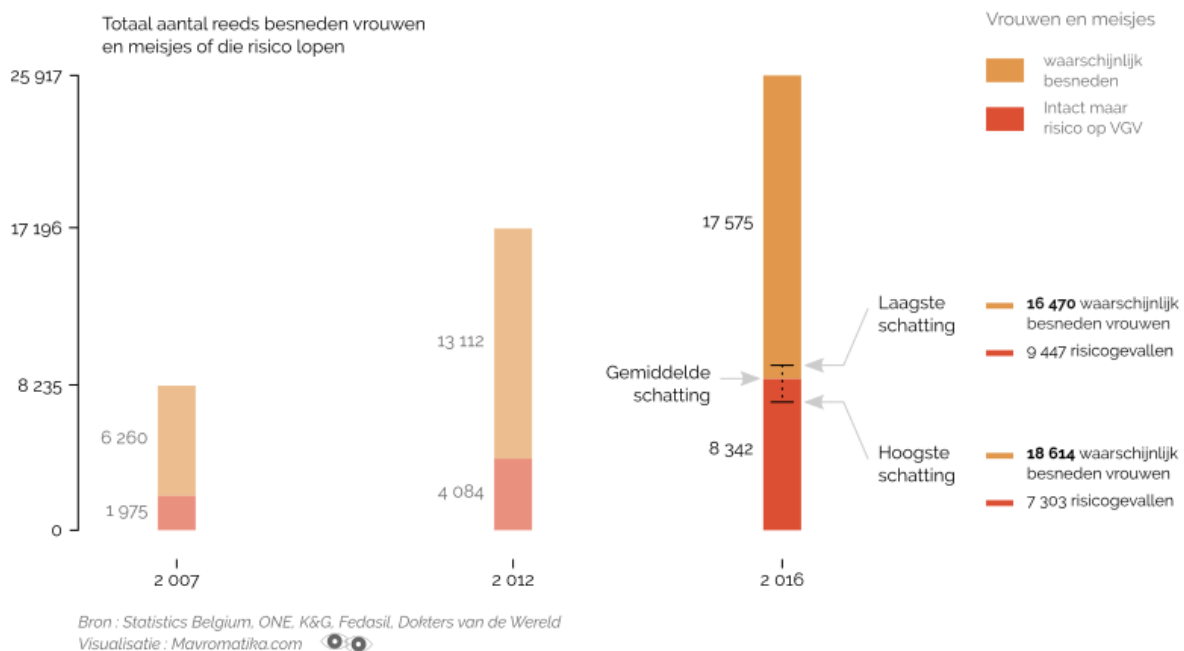
## Is het aantal meisjes en vrouwen dat slachtoffer was van VGV of dit risico loopt, toegenomen?

Op basis van de **hoogste schatting**<sup>3</sup>, schatten we dat in 2007 6260 meisjes en vrouwen zeer waarschijnlijk besneden werden. Ze werden namelijk geboren in landen waar besnijdenis toegepast wordt. 1975 meisjes en vrouwen liepen een risico op VGV. In 2012, zagen we een verdubbeling van deze twee cijfers: 13.112 vrouwen waren «zeer waarschijnlijk besneden» en 4084 meisjes «liepen een risico».

Informatie over de datum van aankomst in België liet ons in deze studie (cijfers 2016) toe om nauwkeuriger te zijn in onze schatting in de **gemiddelde hypothese: 17 575 vrouwen en meisjes zijn waarschijnlijk reeds besneden en 8 342 vrouwen en meisjes zijn intact maar lopen een risico op besnijdenis.**

<sup>3</sup> In 2007 en in 2012 gingen we ervan uit dat alle meisjes en vrouwen geboren in een land waar VGV wordt uitgevoerd waarschijnlijk reeds besneden waren en dat meisjes en vrouwen geboren in België of in een land waar de praktijk niet voorkomt een risico liepen op besnijdenis.

**Figuur 3. Evolutie tussen 2007 en 2016 van het aantal in België wonende meisjes en vrouwen die reeds besneden zijn, of die het risico lopen.**



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 de hoogste schatting) 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 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 Guineese afkomst (55% van de toename bij de hoogste schatting), 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 geboortes zijn Djibouti, Egypte en Sierra Leone (ongeveer 3% van de toename voor elk van deze landen).

Het aantal meisjes en vrouwen met een VGV problematiek (slachtoffer of at risk), opgenomen in het opvangnetwerk is licht gedaald in vergelijking met 2012 (van 1300 naar 1155). Het aantal vrouwen en meisjes afkomstig uit Guinee is met de helft verminderd, terwijl het aantal Somalische vrouwen steeg met een factor 2,5. Van de vijf meest vertegenwoordigde nationaliteiten in termen van de betrokken populaties noteren we nu drie landen die infibulatie beoefenen (Somalië, Eritrea en Djibouti), de meest ernstige vorm van verminking die speciale medische aandacht en een speciale opleiding van het medisch en sociaal personeel in de opvangcentra vereist.

### Wie zijn deze vrouwen en waar wonen ze?

De meerderheid van de slachtoffers komt uit Guinee, Somalië, Egypte, Ethiopië en Ivoorkust. Vlaanderen vangt het grootste deel van hen op.



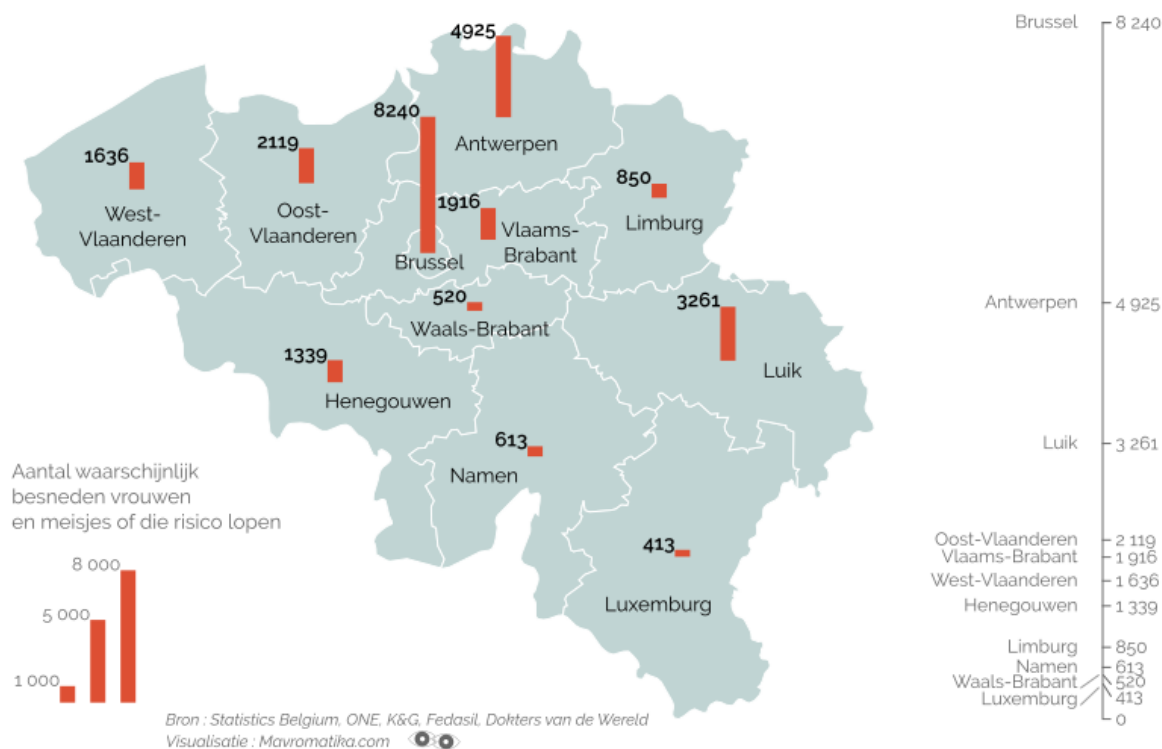
Het is een jonge populatie: van de 25.917 betrokken vrouwen zijn 9164 meisjes jonger dan 18 (minderjarig).

Elk jaar bevallen 1419 besneden vrouwen in een Belgische materniteit. De helft van deze bevallingen gebeurt in Vlaanderen.

**Tabel 4. Vrouwen betrokken bij besnijdenis per leeftijdscategorie en gewest op 31 december 2016 (Bronnen: Statbel, ONE, Kind & Gezin, Fedasil, Dokters van de Wereld)**

Leeftijdscategorie	Vlaanderen	Wallonië	Brussels Hoofdst. Gewest	Fedasil	Zonder papieren	Totaal België	Waarvan geboren in een VGV-land
< 5 jaar	1 551	810	810	90	1	3 262	301
5-19 jaar	2 760	1 453	2 114	215	5	6 547	3 459
20-49 jaar	6 045	2 960	4 532	782	72	14 391	13 883
50 jaar en +	693	329	619	68	8	1 717	1 665
Totaal	11 049	5 552	8 075	1 155	86	25 917	19 308

**Figuur 5. Zeer waarschijnlijk besneden vrouwen, of meisjes die risico lopen op besnijdenis, per provincie op 31 december 2016 (Bronnen: Statbel, ONE, K&G, Fedasil)**



## Conclusie

- De stijging van de populatie betrokken bij VGV wordt verklaard door
  - o de opvang van nieuwkomers tussen 2012 en 2016, afkomstig uit landen waar VGV uitgevoerd wordt (1<sup>ste</sup> generatie) en
  - o de geboortes binnen de betrokken gemeenschappen (2<sup>de</sup> generatie).
- Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de provincies Antwerpen en Luik blijven de geografische regio's die de meerderheid van deze doelgroep opvangen. Dit was eveneens het geval in de twee vorige studies.
- Vlaanderen is de regio die het meest betrokken is bij deze problematiek met meer dan 11.000 meisjes en vrouwen die besneden zijn of risico lopen besneden te worden, tegenover 8000 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 5.500 in Wallonië.
- De meerderheid van vrouwen in België, betrokken bij deze problematiek, komt uit Guinee, Somalië, Egypte, Ethiopië en Ivoorkust.
- Deze studie geeft slechts een indirecte schatting van de prevalentie (geen klinische diagnose). Zij legt echter een goede basis voor het evalueren van de noden in termen van preventie en begeleiding van deze doelgroep.

## Aanbevelingen

Deze studie toont dat de nood aan preventie (meisjes die risico lopen op besnijdenis) en de medische/sociale behandeling (van reeds besneden vrouwen) groot is in België.

### Preventie:

- De inspanningen op vlak van sensibilisering van betrokken gemeenschappen, die al enkele jaren volgehouden worden in de Franse gemeenschap, zouden ook ingang moeten vinden in Vlaanderen via de ondersteuning van verenigingen gespecialiseerd in preventie en via gemeenschapswerk.
- De opleiding van professionelen (ONE/K&G, PSE-PMS/CLB, Services d'Aide à la Jeunesse/Vertrouwenscentra, huisartsen, hospitalen, opvangnetwerken voor verzoekers om internationale bescherming) moet op een efficiënte en duurzame manier ingepland en georganiseerd worden, om provincies die het meest geconfronteerd worden met deze problematiek te ondersteunen.
- De vraag naar onderzoek van de vrouwelijke externe genitaliën, als preventie- of identificatiemiddel van seksueel geweld en genitale verminking, wordt regelmatig opgeworpen in politieke standpunten. Er werd echter nooit een echte achtergrondanalyse uitgevoerd over de mogelijke doeltreffendheid en haalbaarheid hiervan. Wij vinden het opportuun om hierover een seminarie te organiseren met nationale en Europese experts (ethisch, pediatrie, geneeskunde, medische wetgeving, rechten van het kind, diensten voor de bescherming van pasgeborenen, schoolgeneeskunde, ...). Bij deze gelegenheid zou de plaats van het onderzoek van vrouwelijke externe genitaliën, in de preventie en bescherming van meisjes die een risico lopen, bepaald kunnen worden, alsook een gezamenlijke benaderingswijze voor België.

### **Opvang en begeleiding van besneden vrouwen:**

- Er dient een nationale informatiecampagne te worden gevoerd om de twee geaccrediteerde centra beter bekend te maken (CeMAViE in het UHC Sint-Pieter te Brussel en de Vrouwenkliniek van het UZ-Gent). Deze centra bieden een totaalpakket aan zorg voor besneden vrouwen (psychologisch, seksuologisch, chirurgisch), terugbetaald door het RIZIV. Zij zijn echter te weinig bekend bij deze populatie.
- Het aantal vrouwen dat slachtoffer is van VGV stijgt voortdurend, vooral in Vlaanderen en dus ook het aantal zwangerschappen bij deze vrouwen. Er is nood aan enerzijds geboorterichtlijnen voor besneden vrouwen en anderzijds informatie over desinfibulatie. Deze informatie moet gevalideerd worden door professionele verenigingen van gynaecologen en verloskundigen en toegepast worden in elke materniteit die uit VGV-landen afkomstige vrouwen behandelt.

### **Onderzoek**

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

- Een actualisering van de schattingen is gewenst elke 4 jaar om zicht te krijgen op migratie en nieuwe prevalentiedata in de landen van herkomst.
- Een kwalitatief onderzoek bij de in België verblijvende gemeenschappen afkomstig uit landen zoals Irak (Koerden) en Indonesië dringt zich op voor een beter begrip van de context van deze praktijk.

## Referenties

1. **UNICEF.** *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern.* New York : United Nations Children's Fund, 2016.
2. **NIHRD.** *2013 Basic Health Research (RISKESDAS).* s.l. : National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health (Indonesia),, 2013.
3. **Europees Parlement.** Resolutie van het Europees Parlement van 24 maart 2009 over de strijd tegen genitale verminking van vrouwen in de EU. [Online] 2009. [Cited: January 21, 2014.] <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+XML+V0//NL>
4. **Dubourg, D & Richard, F.** *Studie over de prevalentie van vrouwelijke genitale verminkingen en van het risico op vrouwelijke genitale verminkingen in België.* Brussels: Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2010.
5. **Dubourg, D & Richard, F.** *Studie over de prevalentie van vrouwelijke genitale verminking en van het risico op vrouwelijke genitale verminking in België (Update 31 december 2012).* Brussels, Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2014.
6. **WHO.** *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.* Geneva : World Health Organization, 2008.
7. **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.
8. **UNICEF.** *Female Genital Mutilation/Cutting : a statistical overview and exploration of the dynamics of change.* New-York : United Nations Children's Fund, 2013.
9. **EIGE.** *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union.* Vilnius : European Institute for Gender Equality, 2015.
10. **EIGE.** *Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia – Report.* s.l. : European Institute for Gender Equality, European Union, 2013.
11. **Andro, Armelle, et al.** *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, 2009.