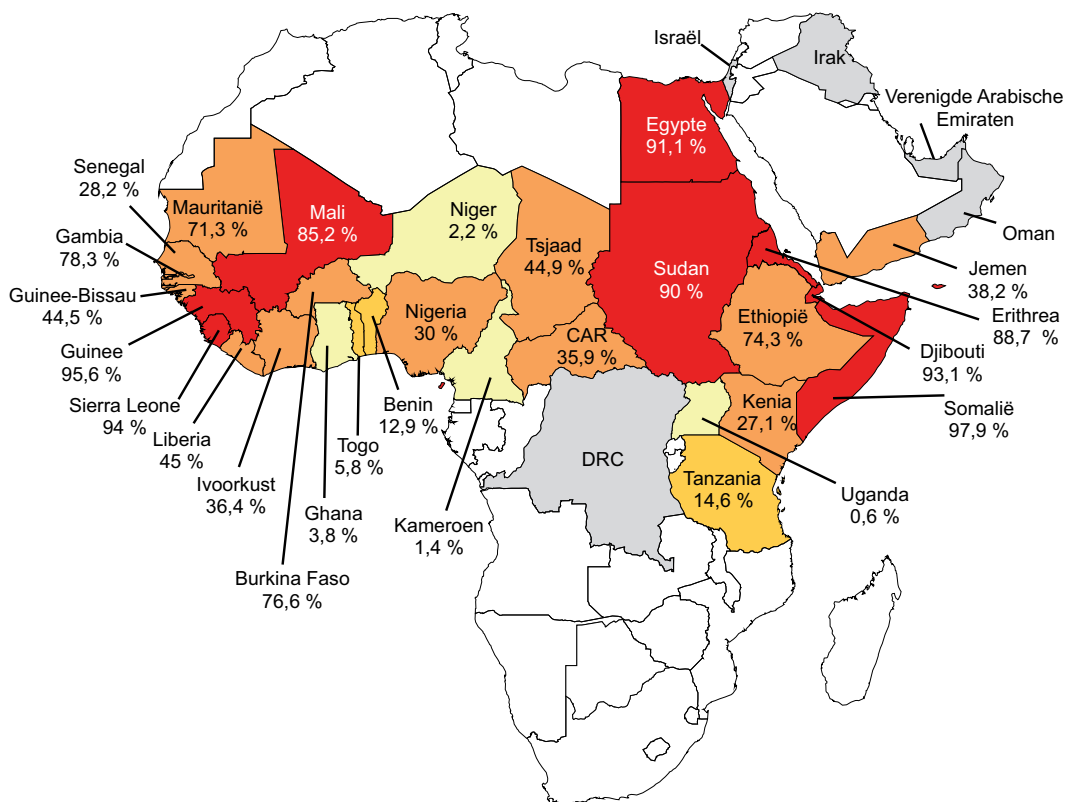




Vrouwelijke Genitale Verminking

Handleiding voor de betrokken beroepssectoren

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



Prevalentie van de vrouwelijke genitale verminkingen
(vrouwen van 15 - 49 jaar)



Bron: DHS, MICS en WHO 2008
© GAMS - België 2010

Vrouwelijke Genitale Verminking

**Handleiding voor
de betrokken beroepssectoren**

Deze gids wordt uitgegeven door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De samenstelling van deze gids werd gecoördineerd door Fabienne Richard, vroedvrouw, lid van GAMS België en docent-onderzoekster aan het Departement Volksgezondheid van het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen. De gids werd verspreid met de steun van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, de Franse Gemeenschap, de Vlaamse Gemeenschap en de Duitstalige Gemeenschap.

Doelpubliek van de gids

Deze gids richt zich tot alle professionelen die in contact komen met bevolkingsgroepen waar vrouwelijke genitale verminking voorkomt: professionele zorgverleners, psychosociale werk(st)ers, personeel uit de kinderopvang, leerkrachten, juristen, politieagenten, ...

Om deze gids te citeren:

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en GAMS België.
Vrouwelijke Genitale Verminking: handleiding voor de betrokken beroepssectoren. Brussel; 2011.

De redactie bestond uit (in alfabetische volgorde):

- Prof. emeritus Jean-Jacques Amy, gynaecoloog, VVOG vzw;
- Dr. Martin Caillet, gynaecoloog, UMC Sint-Pieter;
- Annalisa d'Aguzzo, klinisch psychologe, GAMS België vzw;
- Dr. Dominique Daniel, huisarts, Constans asbl;
- Patricia Jaspis, onderzoeksrechter, Brussel;
- Els Leye, doctor in de vergelijkende cultuurwetenschappen, onderzoekster, ICRH, Gent;
- Fabienne Richard, vroedvrouw, GAMS België vzw, ITG Antwerpen;
- Bénédicte de Thysebaert, vroedvrouw, UPSfB asbl;
- Céline Verbrouck, advocate, INTACT vzw.

Het revisiecomité bestond uit (in alfabetische volgorde):

- Dr. Patricia Barlow, gynaecologe, UMC Sint-Pieter;
- Alain Cherbonnier, licentiaat in de gezondheidseducatie, Question Santé asbl;
- Dr. Marylène Delhaxhe, pediatriesch consulente, ONE;
- Khadidiatou Diallo, voorzitter van GAMS België vzw;
- Myriam Dieleman, sociaal antropologe, Observatoire du sida et des sexualités;
- Isabelle Gillette-Faye, doctor in de sociologie, directrice Fédération Nationale GAMS France;
- Dr. Pascale Grandjean, gynaecologe, lid van de ethische groep van GGOLFB;
- Christine Loudes, doctor in de rechten, END FGM European Campaign, Amnesty International Ireland;
- Tine Rommens, Team Diversiteit en Kinderrechten, K&G;
- Dr. Geoffroy Senterre, gynaecoloog, GGOLFB;
- Fatoumata Sidibé, oprichtster van het Comité belge Ni Putes Ni Soumises;
- Dr. Jamila Si M'Hammed, psychiater en voorzitter van het Comité belge Ni Putes Ni Soumises;
- Prof. Marleen Temmerman, gynaecologe, VVOG vzw, ICRH;
- Mireille Wagelmans, vroedvrouw, VLOV vzw.

De laatste versie van de gids werd ter bevestiging voorgelegd aan actoren uit de verschillende betrokken sectoren. We willen iedereen bedanken die opmerkingen heeft gegeven om deze gids te verbeteren: Valentine Audate, Julie Charlet, Julie Christine, Thomas Demyttenaere, Christine Flamand, Deborah Kupperberg, Thérèse Legros, Evelyne Matthieu, Bart Ostyn, Béatrice Piron, Geneviève Pirson, Colombe Schoffeniels, Anne Snoeck, Pauline Toussaint, Karin Van der Straeten, Sandra Van Genechten, Karine Wellfens.

De eindredactie van de Franse versie was in handen van Catherine Bachy. De eindredactie van de Nederlandse versie was in handen van Els Leye en Jean-Jacques Amy.

Acroniemen

Acroniemen

CAR	Centraal-Afrikaanse Republiek
CVGS - CGRA	Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen - Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides
CIRE	Coordination et Initiatives pour et avec les Réfugiés et Étrangers
CLB	Centra voor Leerlingenbegeleiding
DHS	Demographic and Health Surveys
DRC	Democratische Republiek Congo
Fedasil	Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers - Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
FOD	Federale Overheidsdienst
GAMS	Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines
GGOLFB	Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique
IAC	Inter-African Committee on Traditional Practices
ICRH	International Centre for Reproductive Health
ITG	Instituut voor Tropische Geneeskunde
K&G	Kind en Gezin
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
OCMW - CPAS	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn - Centre Public d'Action Sociale
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PAPFAM	Projet panarabe pour la santé familiale
PMI	Service de Protection Maternelle et Infantile, France
PMS	Psychisch-Medisch-Sociaal Centrum
PRB	Population Reference Bureau
PSE	Promotion de la Santé à l'Ecole
PTSS	Posttraumatisch stresssyndroom
RIZIV - INAMI	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering - Institut national d'assurance maladie-invalidité
UMC	Universitair Medisch Centrum
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
VN	Verenigde Naties
VVOG	Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
VZW - ASBL	Verenigingen zonder winstoogmerk - Association sans but lucratif
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Inleiding	9
DEEL 1 EEN BETER INZICHT	11
 Hoofdstuk 1. Vrouwelijke genitale verminking	13
1.1 Definitie	15
1.2 Types	15
1.3 Terminologie	17
1.4 Leeftijd	18
1.5 Besnijders en besnijders	18
1.6 Gebruik	19
1.7 Geografische verspreiding en prevalentie	21
1.8 Situatie in Europa	23
1.9 Situatie in België	24
Referenties	27
 Hoofdstuk 2. Sociaal-culturele context	29
2.1 Aangehaalde redenen	31
2.2 Vrouwelijke genitale verminking en migraties	35
2.3 Gedwongen huwelijken, vroegtijdige zwangerschappen en polygamie	37
2.4 Zeggenschap over het lichaam van de Europese vrouw	39
Referenties	41
 Hoofdstuk 3. Medische, psychologische en seksuele gevolgen	43
3.1 Somatische gevolgen	45
3.2 Obstetrische gevolgen van infibulatie	47
3.3 Psychologische gevolgen	49
3.4 Gevolgen voor de seksualiteit	50
Referenties	51
 Hoofdstuk 4. Juridische aspecten	53
4.1 Strafrecht	55
4.2 Beroepsgeheim	58
4.3 Preventieve acties	61
Referenties	63
DEEL 2 EEN BETERE BENADERING	65
Inleiding	67
 Hoofdstuk 5. Consultaties en gesprekken met de families	69
5.1 Praten is belangrijk	71
5.2 Houding	72
5.3 De juiste woorden kiezen	73
5.4 Visueel materiaal	74
5.5 Werken met tolken en bemiddelaars	75
5.6 Verloop van een consultatie	77
Referenties	79

	Hoofdstuk 6. Medische attesten en opvolging van meisjes die het risico lopen op een VGV	81
	6.1 Medische attesten	84
	6.2 Opvolging van meisjes die een VGV riskeren	88
	Referenties	91
	Hoofdstuk 7. Kinderen op het spreekuur	93
	7.1 Onderzoek van het meisje	95
	7.2 Dialoog met de risicofamilies	96
	7.3 Houding bij een vaststelling	97
	Referenties	98
	Hoofdstuk 8. Opvangstructuren voor kinderen	99
	Referenties	101
	Hoofdstuk 9. School	103
	9.1 Waarschuwingssignalen	105
	9.2 Met de leerlingen over VGV praten	107
	Referenties	108
	Hoofdstuk 10. Zwangerschap en bevalling	109
	10.1 Problemen tijdens de zwangerschap en de bevalling	111
	10.2 Opvolging van de zwangerschap	112
	10.3 Bevalling	114
	10.4 Preventie van VGV bij de dochters van de patiënte	117
	Referenties	118
	Hoofdstuk 11. Verzorging van genitale wonden en reconstructie van de clitoris	119
	11.1 Anesthesie	121
	11.2 Chirurgische behandeling van de laesies	122
	11.3 Reconstructie van de clitoris	124
	11.4 Terugbetalingsvoorwaarden van deze behandelingen door het RIZIV - INAMI	126
	Referenties	127
	Hoofdstuk 12. Verblijf	129
	12.1 Asiel	131
	12.2 Subsidiäre beschermingsstatus	132
	12.3 Aanvraag tot verblijfsvergunning om medische redenen	133
	12.4 Aanvraag tot verblijfsvergunning om humanitaire redenen	134
	12.5 Sociale bijstand	135
	Referenties	136
	Hoofdstuk 13. Waar en bij wie kunt u terecht?	137
	Conclusie	145
	Bijkomende informatiebronnen	147
	Referentiedocumenten	148
	Boeken	150
	Websites	150
	Video's	151
	Lexicon	151
	BIJLAGEN	155
	Bijlage 1. Prevalentie van VGV per land	157
	Bijlage 2. Internationale en regionale verdragen	158
	Bijlage 3. Wettelijke bepalingen van toepassing op VGV in het Belgisch strafrecht	159

Voorwoord

Jaarlijks lopen zowat drie miljoen jonge meisjes over de hele wereld het risico om te worden besneden. Ook al zijn de gevaren gekend. Ook al weet men dat een besnijdenis ernstige bloedingen, incontinentieproblemen en vaak terugkerende infecties kan veroorzaken en vandaar ook complicaties bij de bevalling die de dood van het kind tot gevolg kunnen hebben.

We hebben het hier niet over een lokale, weinig verspreide traditie: volgens de Wereldgezondheidsorganisatie hebben in sommige Afrikaanse landen meer dan 90 % van de vrouwen tussen 15 en 49 jaar een vrouwelijke genitale verminking (VGV) ondergaan. Deze onmenselijke praktijk wordt uitgevoerd doorheen alle religieuze overtuigingen, milieus, sociale geledingen en leeftijden, ongetwijfeld omdat die te maken heeft met de status van het vrouwenlichaam en de manier waarop dit al dan niet aanvaardbaar of eervol wordt beschouwd in de ogen van de maatschappij.

VGV is een enorm probleem voor de volksgezondheid, maar ook een uitdaging voor allen die opkomen voor de gelijkheid tussen mannen en vrouwen. Nog steeds denkt men zich het recht te kunnen toe-eigenen het lichaam van een vrouw te verminken, wat een ernstige aantasting is van haar vrijheid en waardigheid.

Deze praktijken worden ook hier bij ons, in Europa – clandestien – uitgevoerd. Jaarlijks lopen in Europa meer dan 180.000 meisjes van Afrikaanse oorsprong het risico daar het slachtoffer van te worden. Professionele hulpverleners zijn weinig voorbereid om het hoofd te bieden aan dit probleem en om professionele hulp te kunnen aanbieden aan de slachtoffers van genitale verminkingen. Het verspreiden van informatie en documentatie, het opzetten van sensibiliserings- en voorlichtingsacties ten behoeve van de verschillende actoren zijn dus absoluut noodzakelijk indien we dit fenomeen een halt willen toeroepen. Bewustmaking is immers een krachtig wapen.

Deze gids is een uiterst belangrijke bron van informatie en sensibilisatie. Hij richt zich vooral tot alle professionelen in België – artsen, leerkrachten, maatschappelijk werkers of andere terreinactoren – die kunnen geconfronteerd worden met slachtoffers of potentiële slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking.

Het gaat om een volledige en concrete gids. Hij werd samengesteld door een comité bestaande uit huisartsen, gynaecologen, psychologen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, vorsers, magistraten, advocaten, enz... en gecoördineerd door GAMS België.

De strijd aanbinden tegen vrouwelijke genitale verminking betekent ook dat erover gepraat moet worden. De dialoog aangaan is van essentieel belang, dat weet u beter dan wie ook, vooral in het kader van deze problematiek waar de stilte vaak dodelijk is en ernstige gevolgen heeft, onder meer voor de gezondheid.

Ik hoop dat deze gids u kan helpen zodat deze verminkte vrouwen hun gevoel van eigenwaarde en integriteit een beetje kunnen terugvinden en de vele problemen die ze door deze verminking moeten doorstaan ietwat kunnen verzachten.

Ik zou hierbij iedereen willen bedanken die heeft meegewerkt aan de realisatie van deze gids: de auteurs, de revisoren en de actoren op het terrein die deze gids hebben goedgekeurd.

Het is een prachtig werk, uitgevoerd met overtuiging en getuigend van professionalisme.



Laurette Onkelinx
Vice-Eerste minister
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Inleiding

Inleiding

Elk jaar worden meer dan drie miljoen vrouwen over de hele wereld het slachtoffer van genitale verminking. Soms zijn dat volwassen vrouwen, maar vaker baby's, meisjes en tieners. Vrouwelijke genitale verminking (VGV) komt vooral voor in Subsaharaans Afrika en op het Arabische schiereiland. Maar ook westerse landen waar deze bevolkingsgroepen wonen, worden geconfronteerd met deze praktijken en de vele gevolgen ervan.

In België komen professionele zorgverleners, maatschappelijk assistenten en leraren vaak in contact met ontredderde jonge meisjes en vrouwen die kampen met de fysieke of psychische gevolgen van genitale verminking. Hoe kunt u helpen? Naar wie kunt u deze vrouwen doorverwijzen? Ouders vragen aan professionele zorgverleners of hun dochter in België besneden kan worden. Hoe reageert u daarop? Moet u dit melden? En aan wie? Professionelen voelen zich vaak machteloos: hoe moet u dit aankaarten? Bij wie kunt u terecht? De problematiek van genitale verminking heeft betrekking op diverse sectoren (gezondheid, justitie, onderwijs, sociaal, cultureel, opvang, asiel, ...), diverse werkdomeinen (van de bevordering van de gezondheid tot de behandeling van de pijnlijke gevolgen) en diverse leeftijdsgroepen (van baby's tot volwassen vrouwen). Om multidisciplinair te kunnen werken, wilden we een gids samenstellen. Deze gids richt zich tot alle professionelen die werken of in contact komen met mensen uit bevolkingsgroepen waar vrouwelijke genitale verminking voorkomt, ongeacht hun werkdomein.

Deze gids is bedoeld als leidraad die de professionelen moet helpen om:

☞ een beter inzicht te krijgen in de problematiek van vrouwelijke genitale verminking (prevalentie, geografische verspreiding, me-

dische en psychologische gevolgen) en de sociaal-culturele context waarin die evolueert (redenen aangehaald om VGV te rechtvaardigen);

- ☒ de betrokken families beter te begeleiden (praktische tips om het onderwerp aan te kaarten bij de families, woordkeuze, werken met tolken of bemiddelaars, ...);
- ☒ vrouwen die besneden zijn te begeleiden op medisch of psychologisch vlak (opvolging van een zwangerschap, bevalling, behandeling van complicaties, psychologische begeleiding) of op juridisch of sociaal vlak;
- ☒ mee te werken aan maatregelen ter preventie van vrouwelijke genitale verminking (advies aan families, doorverwijzing naar verenigingen of instellingen, ...).

In het eerste deel van deze gids wordt algemene informatie gegeven die bedoeld is voor alle professionelen. In het tweede deel worden specifieke situaties en aanbevelingen vermeld voor bepaalde beroepssectoren.



Voor de redactie
Fabienne Richard
Coördinatrice van de gids



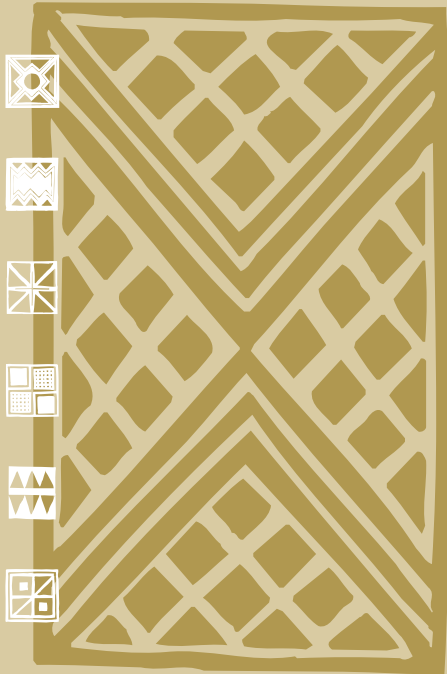
GAMS België

Deel 1

Een beter inzicht



Deel 1



Hoofdstuk 1

Vrouwelijke genitale verminking

Hoofdstuk

Kernpunten

- ☒ De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert **vrouwelijke genitale verminking** als elke ingreep die leidt tot een gedeeltelijke of volledige verwijdering van de externe geslachtsorganen van de vrouw of elke andere verwonding van de vrouwelijke geslachtsorganen toegebracht om niet-medische redenen.
- ☒ Naar schatting hebben **100 à 140 miljoen meisjes en vrouwen** over de hele wereld een genitale verminking ondergaan: clitoridectomie, excisie of infibulatie en minstens **drie miljoen meisjes lopen elk jaar het risico** om slachtoffer te worden van deze verminking.
- ☒ Vrouwelijke genitale verminking komt voor in minstens **28 Afrikaanse landen**, maar ook bij bepaalde etnische groepen in Latijns-Amerika, het Midden-Oosten en Azië.
- ☒ **De prevalentie verschilt** sterk naargelang van de streek, ook binnen de landen zelf. De etnische groep en de streek van herkomst zijn doorslaggevende factoren.
- ☒ Ook bij families die emigreren naar **Europa wordt dit gebruik toegepast** – in mindere mate – tijdens vakanties in het land van herkomst of binnen de grenzen van het land van ontvangst.



Hoofdstuk 1



1.1 Definitie



De Wereldgezondheidsorganisatie 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 (1).

1.2 Types



Vrouwelijke genitale verminking wordt ingedeeld in vier types. Deze indeling werd gewijzigd in 2007 (1).

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

In de praktijk worden gewoonlijk twee grote categorieën onderscheiden: verwijdering en infibulatie (het verschil tussen type 1 en 2 is soms moeilijk te zien voor een clinicus die niet vertrouwd is met vrouwelijke genitale verminking). Het kan ook gebeuren dat de snijvlakken in de schaamlippen spontaan vergroeien zonder dat die met een draad of acaciadoornen dichtgenaaid worden.

Afbeelding 1: de verschillende types van vrouwelijke genitale verminking



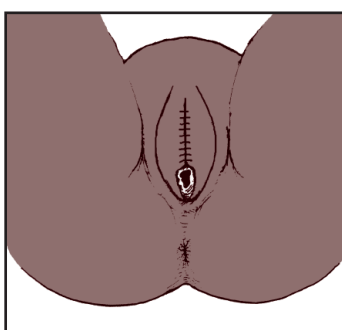
Intacte vulva



Type 1: clitoridectomie



Type 2: excisie



Type 3: infibulatie

Bronnen: tekeningen van illustratrice Clarice op basis van de schetsen van Fabienne Richard



Circumcisie en excisie

Vrouwelijke genitale verminking brengt de seksuele en reproductieve gezondheid van de vrouw in gevaar en wordt wereldwijd erkend als een schending van haar fundamentele rechten. VGV, ongeacht het type (zelfs type 1, waarbij alleen een deel van de clitoris wordt verwijderd), is altijd schadelijker voor de geslachtsorganen van de vrouw dan circumcisie of besnijdenis bij mannen, waarbij geen organen worden weggenomen (de verwijdering van de clitoris zou overeenstemmen met de verwijdering van het distale deel van de penis).

1.3 Terminologie



Voor de ingreep worden verschillende termen gebruikt.

In het Nederlands spreken we vaak van vrouwenbesnijdenis, Franstaligen spreken van *excision* (dat alle vormen van VGV omvat) en Engelstaligen van *female circumcision*.

Deze term legt een verband met mannelijke besnijdenis en zorgt voor verwarring tussen deze uiteenlopende gebruiken die heel andere gevolgen hebben voor de gezondheid. De term *vrouwelijke genitale verminking* (of vrouwelijke seksuele verminking) wordt eind jaren 70 ingevoerd om dit gebruik te onderscheiden van mannelijke besnijdenis en om duidelijk te maken dat dit een schending is van de rechten van meisjes en vrouwen.

Bepaalde organisaties zoals het Kinderfonds van de Verenigde Naties (UNICEF) en het Bevolkingsfonds van de Verenigde Naties (UNFPA) merkten dat de term *verminking* niet in goede aarde viel bij de betrokken bevolkingsgroepen en stelden voor om de term *female genital mutilation/cutting* (FGM/C) (snijden van de vrouwelijke geslachtsorganen) te gebruiken. Sommige antropologen gebruiken zelfs de neutralere term *chirurgie*. Dit kan echter de indruk wekken dat het een medische handeling is, terwijl de organisaties van de Verenigde Naties er net alles aan doen om het medicaliseren van vrouwelijke genitale verminking tegen te gaan.

In het laatste Interagency Statement van de Verenigde Naties van 2008 wordt de term *vrouwelijke genitale verminking* (VGV) gebruikt om de uitbanning van VGV op internationaal niveau kracht bij te zetten (1). Wel wordt aangeraden om de terminologie in de taal van de betrokken volksgroep te gebruiken (zie hoofdstuk 5) om zo de dialoog te vergemakkelijken voor wie op het terrein met de betrokken bevolkingsgroepen werkt.

Terminologie gebruikt in de gids

In deze gids hebben we gekozen voor de term *vrouwelijke genitale verminking* of het acroniem VGV, conform het Interagency Statement van de Verenigde Naties van 2008 (1). In het Engels spreken we van *female genital mutilation* (FGM) en in het Frans van *mutilations génitales féminines* (MGF).



1.4 Leeftijd



De leeftijd waarop vrouwelijke genitale verminking wordt toegepast, hangt af van de bevolkingsgroep en varieert van enkele dagen tot de volwassen leeftijd.

In de meeste gevallen vindt de verminking echter plaats tussen vijf en twaalf jaar. In sommige landen wordt vastgesteld dat dit op steeds jongere leeftijd gebeurt. Dat is zo in Burkina Faso, waar de overheid vrouwelijke genitale verminking strafbaar heeft gemaakt en besnijdenis sindsdien wordt toegepast bij zuigelingen om te vermijden dat de meisjes de verminking zelf aan het licht brengen. In Frankrijk, waar diverse rechtszaken werden gevoerd en de diensten van de *Protection Maternelle et Infantile* (PMI) gevallen 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 als jonge meisjes naar het land van herkomst worden teruggestuurd om te worden besneden en vaak meteen ook uitgehuwelijkt (2).

1.5 Besnijdsters en besnijders



Vrouwelijke genitale verminking wordt vaak uitgevoerd door traditionele besnijdsters. Zij krijgen een rijkelijke vergoeding, in geld of natura, in ruil voor hun diensten.

In landen waar de economische activiteit van vrouwen zeer beperkt is, mag de financiële impact van dit beroep niet onderschat worden. En als de besnijdsters geen vergoeding krijgen, dan genieten ze ten minste toch een zeker maatschappelijk aanzien. Besnijdsters worden niet alleen gevraagd om een besnijdenis uit te voeren, maar ook om de infibulatie van pasgetrouwde vrouwen weer open te maken als de man er niet in slaagt zijn vrouw te scheuren om geslachtsgemeenschap met haar te hebben. Omdat besnijdsters een bevoorrechte positie hebben in de samenleving als behoedsters van de traditie, zijn ze gewoonlijk niet geneigd om dit gebruik op te geven (3).

Besnijders kunnen ook barbiers zijn of, zoals in Liberia en Sierra Leone, leden van geheime groeperingen. Onlangs is een trend ontstaan om een beroep te doen op medisch personeel (medicalisering van dit gebruik) en dit ondanks het verbod dat wordt opgelegd door tal van organisaties, waaronder de WGO.

Zo heeft de *Demographic and Health Survey* (DHS), die in 2008 in Egypte werd gehouden, aangetoond dat 77,4 % van de vrouwelijke genitale verminkingen bij meisjes jonger dan 18 jaar uitgevoerd werd door een professionele zorgverlener.

1.6 Gebruik

Waar?



In de landen van herkomst wordt besnijdenis zowel toegepast in de stad als op het platteland en in alle sociaaleconomische lagen van de bevolking.

De besnijdenis kan plaatsvinden in een speciale inwijdingshut, in de openlucht, thuis, in een ziekenhuis of in een gezondheidscentrum (bij medicalisering). Soms wordt de besnijdenis ook clandestien uitgevoerd omdat die bij wet verboden is of omdat er te veel verzet tegen is.

Voor families die in Europa wonen kan de besnijdenis uitgevoerd worden tijdens de vakantie in het land van herkomst, tijdens een verblijf in een naburig Europees land waar een besnijdstster clandestien werkt of door traditionele besnijdsters naar Europa uit te nodigen (2).

Als de families weten dat besnijdenis bij wet verboden is in het land van ontvangst, 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 naar een land van ontvangst vertrekken (4).

Hoe?

Het meisje wordt vastgehouden door naasten (tante, grootmoeder, vriendin van de familie). Als het kind groter is, zijn er meer volwassenen nodig om haar vast te houden. De besnijdstster gebruikt een scherp voorwerp om in het weefsel te snijden: mesje, scheermesje, glasscherf, ... Vaak gebruikt de besnijdstster deze instrumenten voor meerdere kinderen na elkaar, zonder die na elk kind te ontsmetten. Een infibulatie kan tot 20 minuten duren wanneer de stompen van de grote schaamlippen dichtgenaaid worden met een dikke, niet

ontsmette draad, of met acaciadoornen (in Somalië of Djibouti) aan elkaar worden gehecht. Om het bloeden te stelpen, worden traditionele middelen aangebracht op de wonde (bv. assen, kruiden, eieren) waardoor het risico op infecties nog toeneemt. Na de infibulatie worden de benen van het meisje drie weken aan elkaar gebonden zodat de stompen van de grote schaamlippen sneller dichtgroeien en de hechting niet loskomt.

Besnijdenis, herbesnijdenis

Het kan gebeuren dat een meisje of vrouw na enkele jaren opnieuw een verminking moet ondergaan: dan spreken we van *herbesnijdenis*. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren als men van mening is dat het de eerste keer niet goed gedaan werd en er nog een deel weggenomen moet worden, als men het meisje wil genezen van een ziekte (die wordt toegeschreven aan een onvolledige besnijdenis) of als de echtgenoot van de vrouw overlijdt en ze opnieuw uitgehuwelijkt moet worden.

Desinfibulatie, herinfibulatie

Als de infibulatie van een vrouw bij de bevalling geopend wordt (desinfibulatie), dan wil het gebruik in sommige landen van herkomst dat de vrouw onmiddellijk na de bevalling opnieuw dichtgenaaid wordt (herinfibulatie). Als een vrouw meerdere kinderen krijgt, worden desinfibulatie en herinfibulatie dus na elke bevalling toegepast. In België kan herinfibulatie van een patiënte na de bevalling strafrechtelijk vervolgd worden (zie hoofdstuk 4).

1.7 Geografische verspreiding en prevalentie



Naar schatting hebben 100 à 140 miljoen meisjes en vrouwen een clitoridectomie, een excisie of een infibulatie ondergaan en minstens drie miljoen meisjes lopen elk jaar het risico om deze verminkingen te moeten ondergaan.

Volgens de recentste schattingen zouden in Afrika 91,5 miljoen meisjes en vrouwen van 10 jaar en ouder lijden onder de gevolgen van genitale verminkingen (5). De meeste slachtoffers wonen in Afrika waar deze traditie nog voortleeft in ten minste 28 landen, maar ook in bepaalde bevolkingsgroepen in Latijns-Amerika, het Midden-Oosten en Azië. De prevalentie verschilt sterk naargelang de streek, ook binnen het land zelf. De bevolkingsgroep en de streek van herkomst zijn doorslaggevende factoren. Hoewel VGV het vaakst voorkomt in landelijke, arme en laaggeschoolde gemeenschappen, wordt dit gebruik ook vaak vastgesteld bij rijkere en beter opgeleide families: de druk op de families is heel groot (zie hoofdstuk 2).

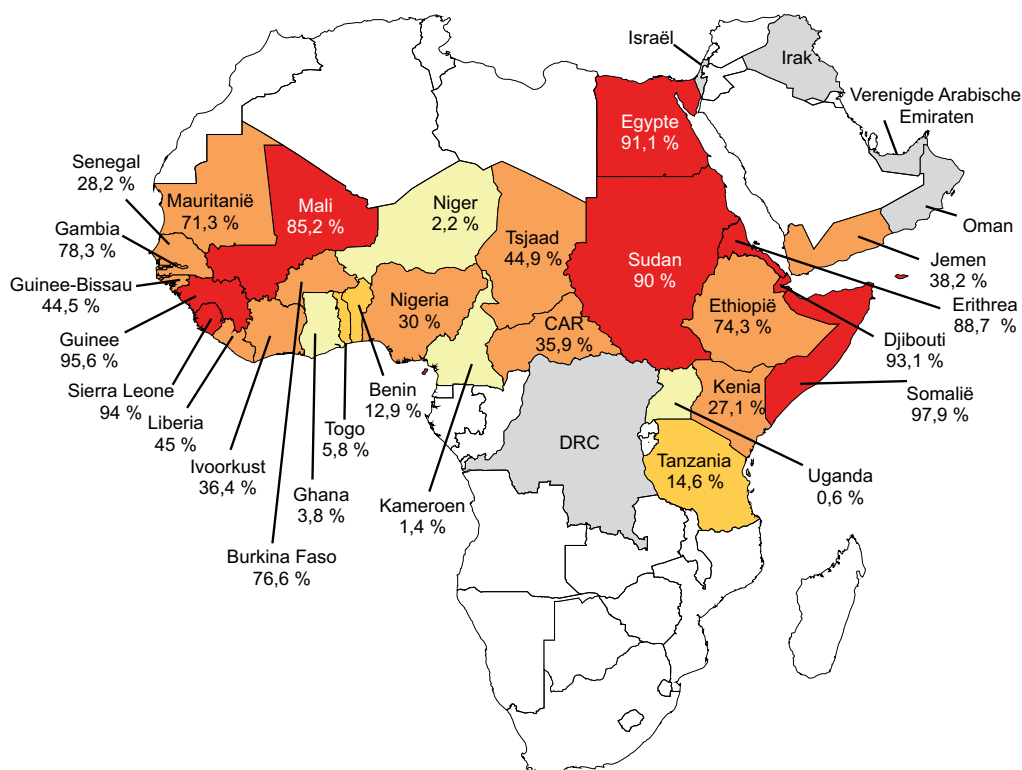
De meeste Afrikaanse landen hebben een module over VGV toegevoegd aan hun nationale Demographic and Health Survey (DHS), zodat de ingezamelde gegevens in zekere mate betrouwbaar zijn (kaart 1). Toch blijft dit in landen als India, Indonesië, Irak, Israël, Maleisië en de Verenigde Arabische Emiraten beperkt tot regionale onderzoeken (1). Het zijn die regionale onderzoeken die hebben uitgewezen dat VGV courant voorkomt (60 à 100 % van de meisjes en vrouwen zijn besneden) in alle Koerdische gebieden van Irak, met uitzondering van de provincie Dohuk waar geen enkel geval werd vastgesteld (6).

Er zijn ook plaatselijke gegevens beschikbaar over vrouwelijke genitale verminkingen in diverse andere landen, zoals Colombia, Oman, Saoedi-Arabië, Iran, het zuiden van Marokko, Peru, het noorden van de Democratische Republiek Congo (DRC) en Sri Lanka (1). In Saoedi-Arabië is uit een onderzoek in een ziekenhuis gebleken dat de helft van de 260 vrouwen die deelnamen aan het onderzoek besneden was. Jammer genoeg bestaat er geen nationaal onderzoek om deze cijfers te bevestigen (7). In Marokko en de Democratische Republiek Congo

(DRC) komt besnijdenis alleen voor in de grensgebieden met de landen waar dit gebruik wordt toegepast (Mauritanië voor Marokko en de Centraal-Afrikaanse Republiek en Soedan voor de DRC).

In bijna 90 % van de gevallen gaat het om type 1 of 2 of een trauma van de geslachtsorganen zonder verwijdering van weefsel (type 4). In ongeveer 10 % van de gevallen is de verminking een infibulatie (5).

Kaart 1. Geografische verspreiding en prevalentie van vrouwelijke genitale verminkingen van type 1, 2 en 3 in Afrika en het Midden-Oosten



Prevalentie van de vrouwelijke genitale verminkingen
(vrouwen van 15 - 49 jaar)



Bron: DHS, MICS en WHO 2008
© GAMS - België 2010

1.8 Situatie in Europa



Momenteel beschikken we over weinig betrouwbare gegevens over hoeveel vrouwen en meisjes in Europa besneden zijn of een risico lopen.

Er werden enkele niet-representatieve onderzoeken gevoerd en andere onderzoeken lopen. Het Daphne programma van de Europese Commissie – die in Europa projecten financiert ter preventie van geweld tegen vrouwen en kinderen – is een van de belangrijkste geldschieters in de strijd tegen VGV in Europa. Tussen 1997 en 2007 werden veertien projecten rond dit thema gefinancierd voor een totaalbedrag van 2,4 miljoen euro (8).

In september 2001 en in maart 2009 heeft het Europees Parlement twee resoluties goedgekeurd, waarin de Europese organisaties en lidstaten opgeroepen worden om maatregelen te nemen om dit gebruik te bannen uit Europa en in Afrika.

Diverse Afrikaanse en Europese landen hebben wetten uitgevaardigd die VGV specifiek bestraffen (zie bijlage 1). De wetgeving is een onmisbaar hulpmiddel om diverse acties te ondersteunen, maar als die niet gepaard gaat met preventie, opleiding en maatregelen om aan te zetten tot een gedragswijziging, zal de wet er nooit in slagen om bevolkingsgroepen of families te overtuigen geen VGV meer toe te passen. Tal van Europese landen hebben ook een nationaal actieplan ter preventie van VGV uitgewerkt of hebben beloofd dit te doen.

Begin jaren 80 werden in Europa tal van ngo's en private organisaties opgericht die zich inzetten voor de preventie van vrouwelijke genitale verminking. Zo bijvoorbeeld *Terre des Femmes* in Duitsland (opgericht in 1981) of de *Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles* (GAMS) in Frankrijk (opgericht in 1982). Deze organisaties zetten zich vooral in om informatie te verspreiden, opleidingen te organiseren, op het terrein samen te werken met de betrokken bevolkingsgroepen en om diverse doelgroepen bewust te maken en aanbevelingen te formuleren. Met de oprichting van een Europees netwerk ter preventie van vrouwelijke genitale verminking (*EuroNet-FGM*) werd een belangrijke stap genomen op weg naar een betere operationele coördinatie tussen de verschil-

lende organisaties in de Europese lidstaten. Dit netwerk moet de gezondheid van naar Europa geëmigreerde vrouwen verbeteren door de schadelijke traditionele gebruiken uit te bannen en dan vooral vrouwelijke genitale verminking. In 2009 telde *EuroNet-FGM* meer dan 35 organisaties uit 15 Europese landen. Er werden al diverse Europese campagnes gevoerd om de Europese overheden en instellingen bewust te maken van deze problematiek.

1.9 Situatie in België



Een eerste schatting van het aantal besneden vrouwen in België en het aantal meisjes dat een risico loopt, werd gemaakt op basis van het bevolkingsregister en het vreemdelingenregister op 1 januari 2003.

Resultaat: 2.745 besneden vrouwen en 534 meisjes die een risico lopen. Deze cijfers hielden geen rekening met asielzoekers, vrouwen zonder wettelijke verblijfplaats of buitenlandse vrouwen die de Belgische nationaliteit al hebben (9).

In juni 2010 werd een nieuwe prevalentiestudie uitgevoerd. Deze studie toont aan dat het aantal vrouwen en meisjes afkomstig uit een land waar VGV wordt uitgevoerd, op 1 januari 2008 werd geraamd op 22.840. Van die 22.840 zijn er vermoedelijk 6.260 het slachtoffer van VGV en lopen er 1.975 het risico dit te worden. Het verschil tussen deze cijfers en die van 2003 kan worden verklaard door een toename gekoppeld aan de grote migratiestromen gedurende de laatste jaren, maar ook doordat er rekening wordt gehouden met nieuwe informatiebronnen: K&G en ONE voor de gegevens in verband met de tweede generatie (meisjes van moeders afkomstig uit landen waar VGV wordt uitgevoerd) en Fedasil voor de asielaanvragers die nog niet zijn ingeschreven in het bevolkingsregister. Deze studie brengt ook aan het licht dat bijna 80 % van de vrouwen die in België betrokken zijn bij deze problematiek, afkomstig zijn uit 10 Afrikaanse landen: Guinee, Somalië, Egypte, Nigeria, Ethiopië, Ivoorkust, Sierra Leone, Senegal, Burkina Faso en Mali. Het Vlaams Gewest (met 3.550 meisjes en vrouwen die reeds het slachtoffer werden van VGV of het risico lopen dit te worden) is het meest getroffen door deze problematiek, gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (3.037) en het Waals Gewest (1.648) (10).

Een KAP studie (Kennis, Attitude, Praktijk) bij de Vlaamse gynaecologen heeft uitgewezen dat meer dan de helft van de respondenten een verminkte vrouw op consultatie heeft gehad. Dit onderzoek heeft ook aangetoond dat de kennis over dit onderwerp en over de verzorging voor vrouwen met VGV veel te wensen overliet (11). Verwarring alom, vooral over herinfibulatie na een bevalling: in de wet wordt dit niet specifiek vermeld en de gynaecologen weten niet hoe ze moeten reageren als een vrouw (of een man, of een schoonfamilie) deze ingreep vraagt. Hoewel 249 van de 316 respondenten (79 %) herinfibulatie beschouwt als een vorm van VGV, zegt 19 % toch bereid te zijn deze ingreep uit te voeren. Van de 168 gynaecologen die effectief een geïnfibuleerde vrouw behandeld hebben, zeggen er 18 (11 %) akkoord te zijn gegaan om een herinfibulatie uit te voeren. Veel artsen (gynaecologen en urologen) hebben van ouders de vraag gekregen om hun dochters te besnijden.

Op wettelijk vlak heeft België in 2001 een specifieke wet goedgekeurd die vrouwelijke genitale verminkingen strafbaar maakt, maar tot nu toe werd nog geen enkel geval van VGV of risico op VGV gerechtelijk vervolgd (zie hoofdstuk 4).

De Senaat heeft op 4 maart 2004 unaniem een eerste resolutie goedgekeurd tegen VGV (ref. Senaat nr. 3-523/2-2003/2004) en in mei 2009 unaniem een tweede resolutie aangenomen (ref. Senaat nr. 4-533/6-2008/2009). Deze resoluties benadrukken het belang van een opleiding van alle professionelen en van informatie- en bewustmakingsacties in de betrokken gemeenschappen via de verenigingen op het terrein.

Diverse Belgische verenigingen en instellingen zijn actief op het vlak van vrouwelijke genitale verminking. Ze werken op diverse niveaus:

- ☒ **Preventie** (samenwerking met de betrokken gemeenschappen en opleiding van professionele zorgverleners): **GAMS België** (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines) is de oudste vereniging (1996), met hoofdzetel in Brussel. Twee later opgerichte organisaties, **La Palabre** in Brussel en **Le Collectif liégeois contre les MGF**, organiseren ook activiteiten rond preventie en bewustmaking (zie hoofdstuk 13). Sinds 2008 proberen GAMS België en het *Observatoire du Sida et des Sexualités* de activiteiten van de verschillende actoren te coördineren via *Stratégies concertées de lutte contre les MGF* (SCMGF). Dit heeft geleid tot een situatieschets van de problematiek in België en de opstelling van een gezamenlijk operationeel plan.

- ☒ **Juridische bijstand:** sinds januari 2009 geeft de vzw **INTACT** advies, voorlichting en bijstand aan personen (professionelen of familieleden) bij gerechtelijke procedures in geval van een risico of een feitelijke besnijdenis.

- ☒ **Onderzoek:** het **International Centre for Reproductive Health** (ICRH), verbonden aan de Universiteit Gent, heeft een jarenlange ervaring in onderzoek naar besnijdenis in Europa op het vlak van gezondheid en wetgeving (11-14). Het **Observatoire du Sida et des Sexualités** in Brussel en het **Instituut voor Tropische Geneeskunde** in Antwerpen werken sinds kort mee aan kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeken naar VGV. ☒

Referenties

- 1• OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2009 Dec 10]. Beschikbaar op: [URL:http://web.unfpa.org/upload/lib_pub_file/756_filename_fgm.pdf](http://web.unfpa.org/upload/lib_pub_file/756_filename_fgm.pdf)
- 2• Gesprek met dokter Emmanuel Piet. In Henry N., Weil-Curiel L., Exciseuse. Entretien avec Hawa Gréou. Parijs: City Editions; 2007. p. 226.
- 3• De Bruyn M. Discussion paper: socio-cultural aspects of female genital cutting. In Leye E, De Bruyn M, Meuwese S. Proceedings of the Expert Meeting on Female Genital Mutilation; 1998 Nov 5-7; Ghent, Belgium. Lokeren: The Consultory; 1998. p. 74 (ICRH Publications; 2).
- 4• Harding A. US rethinks genital mutilation threat. BBC News world edition [Online]. 2002 [cited 2009 Dec 10]. Beschikbaar op: [URL:http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/2299845.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/2299845.stm)
- 5• Yoder PS, Khan S. Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total (DHS Working Papers; 39) [Online]. Calverton (USA): Macro International Inc; 2008 [cited 2009 Dec 10]. Beschikbaar op: [URL:http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/WP39/WP39.pdf](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/WP39/WP39.pdf)
- 6• Stop FGM in Kurdistan. Female genital mutilation. It's a crime, not a culture. FGM in Kurdistan [Online]. 2009 [cited 2009 Dec 10]. Beschikbaar op: [URL:http://www.stopfgmkurdistan.org/html/english/fgm_e.htm#map](http://www.stopfgmkurdistan.org/html/english/fgm_e.htm#map)
- 7• Zuhur S. Considerations of honor crimes, FGM, kidnapping/rape, and early marriage in selected Arab nations. Expert paper prepared for the Expert Group Meeting on Good Practices in legislation to address harmful traditional practices against women; 2009 May 25-28; Addis Ababa, Ethiopia. United Nations Division for the Advancement of Women; 2009.
- 8• Bjälkander O, Leye E. Report of the International Conference on Female Genital Mutilation and forced/early marriage. EuroNet-FGM; 8-11 februari 2007; Brussel, België.
- 9• Leye E, Deblonde J. La législation Belge en matière de Mutilations Génitales Féminines et l'application de la loi en Belgique. Gent: International Centre for Reproductive Health; 2004. (ICRH Publications; 9).
- 10• Dubourg D, Richard F. Studie over de prevalentie van en het risico op vrouwelijke genitale verminkingen in België. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2010.
- 11• Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, et al. Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynecologists. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008; 13:182-90.
- 12• Leye E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health care in Europe for women with genital mutilation. Health Care for Women International 2006; 27:362-78.
- 13• Leye E, Deblonde J, Añón G, Johnsdotter S, Kwateng-Kluyitse A, Weil-Curiel L. An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe. Crime Law and Social Change 2007;47:1-31.
- 14• Leye E. Female genital mutilation. A study of health services and legislation in some countries of the European Union. ICRH Monographs. Gent: International Centre for Reproductive Health; 2008.

Hoofdstuk 2

Sociaal-culturele context

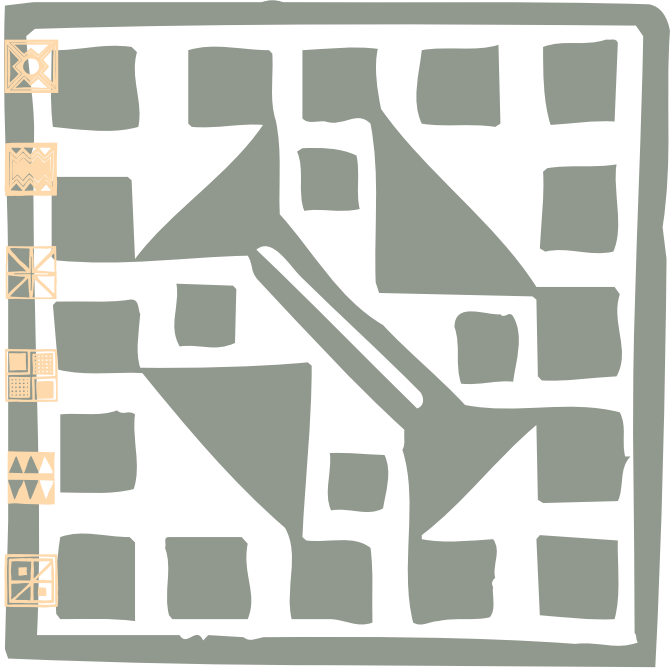
Hoofdstuk

Kernpunten

- De toepassing van vrouwelijke genitale verminking **is een vorm van geweld tegen vrouwen** die verankerd is in de sociale, economische en politieke structuren.
- Er worden **tal van redenen** aangehaald om deze gebruiken te **rechtvaardigen**, maar de meest genoemde reden is **respect voor traditie**. Families blijven hun kinderen besnijden uit vrees dat een niet-besneden meisje uit de groep wordt gestoten en niet kan trouwen.
- Migratie leidt soms tot een bewustwording van de gevolgen van vrouwelijke genitale verminking, maar leidt ook tot **complexe tegenstrijdigheden** tussen de normatieve geboden in het land van herkomst en het land van aankomst. De opvattingen over wat goede ouders zijn en over de identiteit van de vrouw zijn niet overal dezelfde.
- Tradities stoppen niet aan de grens. Omdat **de sociale druk** heel groot blijft binnen de migrerende gemeenschappen, lopen ook meisjes die in België geboren zijn een risico.
- Besneden vrouwen lopen vaak **diverse trauma's** op: gedwongen huwelijk, vroegtijdige zwangerschap, polygamie, ... Professionelen moeten rekening houden met deze context om de situatie globaal aan te pakken.
- Het gebruik van genitale verminking doet ons **nadenken over onze eigen gebruiken** en visies op lichaam, seksualiteit en gender.



Hoofdstuk 2



2.1 Aangehaalde redenen

*Er zijn gebruiken die onze voorouders, als ze zouden terugkomen,
verouderd en achterhaald zouden vinden.*
Amadou Hampaté Bâ, Malinese schrijver (1900-1991)



De mens heeft altijd geprobeerd om zijn uiterlijk te veranderen. Door de eeuwen heen hebben we op allerlei manieren gepoogd om ons lichaam te verhullen of aan te passen aan de sociale normen (lotusvoetjes in China, rituele insnijdingen in Afrika, piercings in Europa, ...). Waar ligt de grens? Hebben we het recht om met ons lichaam te doen wat we willen?

Vrouwelijke genitale verminking werd lange tijd beschouwd als een traditie en, uit respect voor de cultuur en de volkeren, namen de internationale organisaties er geen standpunt over in. Sinds eind jaren 80 wordt VGV door de Wereldgezondheidsorganisatie erkend als een inbreuk op de mensenrechten. In het recentste Interagency Statement van de Verenigde Naties wordt – terecht – bevestigd dat VGV *“een vorm van genderongelijkheid is die diep verankerd is in sociale, economische en politieke structuren”* (1). Deze verankering kan gedeeltelijk verklaren waarom de strijd tegen dit fenomeen zo lang en moeilijk is.

De betrokken bevolkingsgroepen halen diverse redenen aan om deze gebruiken te rechtvaardigen in alle mogelijke combinaties. De redenen die gewoonlijk aangevoerd worden, verschillen per land en per bevolkingsgroep, maar ook binnen eenzelfde bevolkingsgroep, naargelang de leeftijd of het geslacht (2).

- **Respect voor het gebruik of de traditie:** De vraag *“Waarom besnijden?”* wordt gewoonlijk beantwoord met: *“Dat wordt altijd zo gedaan, dat is nu eenmaal zo. Het is natuurlijk, het is normaal.”*
- **Sociale verbondenheid, sociale integratie:** *“Om net als de anderen te zijn, niet te worden uitgesloten.”*
- **Huwelijk:** *“Een onbesneden meisje zal geen man vinden.”* Samen met respect voor de traditie is dit de vaakst genoemde reden. Sommige meisjes worden voor hun huwelijk opnieuw besneden als men van mening is dat het niet goed gedaan werd of als, bij een infibulatie, het litteken spontaan is opengegaan. Sommige moeders weten welke risico's VGV inhoudt, maar geven toe dat

niet kunnen trouwen in hun samenleving erger is dan de complicaties als gevolg van VGV en dat dit dus de beste keuze is voor hun dochters.

- **Maagdelijkheid, kuisheid, echtelijke trouw:** VGV wordt gezien als een manier om de *eer van de familie* hoog te houden door seksuele verlangens voor het huwelijk te onderdrukken en ervoor te zorgen dat het meisje *braaf* en *serieus* blijft. In een polygaam huwelijk, als de man er misschien niet in slaagt al zijn vrouwen te bevredigen en een gefrustreerde vrouw zou kunnen proberen om een buitenechtelijke relatie te hebben, wordt VGV gezien als een manier om *de eer van de man* te bewaren.
- **Vruchtbaarheid:** er bestaan heel wat mythes over vruchtbaarheid. VGV zou de vruchtbaarheid doen toenemen en de overlevingskansen van het kind verhogen. Zo heerst in bepaalde gemeenschappen de overtuiging dat de clitoris, als die niet wordt afgesneden, even groot zou worden als een penis of dat de clitoris een gevaarlijk orgaan is dat de man zou kunnen kwetsen tijdens de penetratie (of hem impotent of onvruchtbaar maken) of de bevalling zou kunnen bemoeilijken.
- **Verleiding, schoonheid:** vooral bevolkingsgroepen die infibulaties uitvoeren, vinden open, *gapende* geslachtsdelen lelijk. Dichtge-naaide, gesloten, onthaarde geslachtsdelen zijn 'hygiënischer' en zouden de vrouw aantrekkelijker maken.
- **Reinheid, properheid:** zolang een meisje niet besneden of geïnfibuleerd is, wordt ze beschouwd als *onrein*, *vuil* en mag zij bepaalde dingen niet doen, zoals een maaltijd bereiden of opdienen.
- **Godsdienst (islam):** VGV werd al toegepast voor de komst van de monotheïstische godsdiensten en vooral van de Islam. Dus hoewel VGV of infibulatie niet wordt opgelegd door de Koran of andere religieuze geschriften, passen bepaalde gemeenschappen die toch toe in de overtuiging dat de godsdienst dit oplegt. We merken op dat VGV tevens voorkomt in christelijke gemeenschappen (katholieken, protestanten, kopten), bij Ethiopische joden (de Falachas) en bij animisten. De standpunten van de religieuze leiders verschillen: sommigen moedigen deze gebruiken aan, voor anderen staan die los van de godsdienst en nog anderen proberen die uit te bannen. Wat de islam betreft, op een internationale conferentie aan de universiteit van Al-Azhar in Caïro in 2006 hebben soennitische leiders zich uitgesproken tegen VGV (fatwa die stelt dat VGV ongefundeerd is in het islamitisch recht) (3). VGV van type 1 wordt door de Islamitische gemeenschappen ook wel *Sunna* genoemd. In de Islam staat *Sunna* voor alles wat goed is volgens God. Door met deze term ook naar clitoridectomie te verwijzen, groeit de verwarring en de overtuiging dat VGV zou voorgeschreven worden door de islam.

Hoewel de status van de besnijdsters door de bevolking niet wordt aangehaald als rechtvaardiging, mogen we toch aannemen dat ook dit element het voortbestaan van deze gebruiken in de hand werkt. Vrouwelijke genitale verminkingen zijn immers een bron van inkomsten en sociale erkenning voor de besnijdsters. Ze hebben er dus geen belang bij om hiermee te stoppen.

Uittreksel uit *Mijn woestijn* van Waris Dirie (1998), pagina 47



De Oude Zwerfster arriveerde. In onze gemeenschap wordt ze als een belangrijke persoon gezien, niet alleen omdat ze speciale kennis heeft, maar omdat ze veel geld verdient met het uitvoeren van de besnijdenissen. Deze ingreep betekent een van de grootste uitgaven voor een huishouden, maar wordt nog altijd beschouwd als een goede investering, omdat de dochters zonder deze ingreep geen kans maken op de huwelijksmarkt. Met hun geslachtsdelen intact worden ze ongeschikt geacht voor het huwelijk, onreine sletten van wie geen man het in zijn hoofd zou halen ze tot vrouw te kiezen (4).

In vele landen wordt VGV op steeds jongere leeftijd toegepast. Volgens een DHS uit 1997 in Jemen gebeurt de VGV bij 97 % van de verminkte meisjes in de eerste levensmaand (gemiddelde leeftijd van 7,6 dagen) (5). Hier kunnen we niet meer spreken van een initiatierite bij de overgang naar de volwassenheid, maar wel van een bevestiging van de identiteit: de identiteit van de groep die haar wet bevestigt op het lichaam van de individuen, maar ook de identiteit van de vrouw (kuisheid, echtgenote, moeder, ondergeschikte) die herhaald en opnieuw bevestigd moet worden; zo wordt het lichaam van de vrouw afgestemd op de status die van de vrouw verwacht wordt (6). Wat belangrijk is, is dus het *snijden* zelf. Het maakt niet uit of de rites die gewoonlijk gepaard gaan met een besnijdenis gerespecteerd worden (2). Om aanvaard te worden door de groep moet iedereen van het vrouwelijke geslacht dit ondergaan: de vorige generaties hebben dit ondergaan en de traditie is wet. De sociale druk is enorm groot.

Vrouwen die hun dochter laten besnijden, doen dit, in hun ogen, met de beste bedoelingen; door de traditie te respecteren, willen ze hun dochter behoeden voor schande, sociale uitsluiting en vereenzaming (2,7). In alle groepen die VGV toepassen, bestaat er een woord voor een onbesneden meisje. De ergste manier om een meisje of een vrouw in Mali te beledigen, bijvoorbeeld, is door haar een *bilakoro* te noemen (onbesneden in het Bambara). Als Malinese vrouwen gevraagd worden waarom vrouwen nog altijd besneden worden in Mali (waar meer dan 90 % van de vrouwen tussen 15 en

49 jaar een VGV heeft ondergaan), antwoorden ze allemaal: “Omdat we dat altijd gedaan hebben, omdat dit een gebruik is. We kunnen een kind niet bilakoro laten” (7).

Een recent onderzoek uitgevoerd in België (8) heeft het begrip *besnijdenissysteem* aan het licht gebracht aan de hand waarvan de verminkingen vanuit een globale invalshoek kunnen gezien worden. VGV is geen geïsoleerde praktijk die uitsluitend tot de privésfeer en de wereld van de vrouwen behoort, maar die integendeel kadert binnen een geheel van rituele en dagelijkse praktijken ter afbakening van de rol en het statuut van man en vrouw.



Uittreksel uit *La coupure* van Christine Bellas Cabane (2008), pagina 44

Ik weet dat allemaal wel (de complicaties), maar toch kan ik mijn dochter niet behoeden voor dit gebruik. Zelfs al zou ik willen, haar grootmoeder zou het nooit toelaten, ze zou te veel schrik hebben dat de hele buurt haar zou uitlachen, dat ze beschouwd wordt als onrein en dat de mensen hun neus dichtknijpen als ze voorbijkomt. Later zou het ook een probleem worden als ze zou trouwen. Het is niet goed om je kind zoiets aan te doen (Malinese vroedvrouw in gesprek met Christine Bellas Cabane) (7).

2.2 VGV en migratie



Tradities stoppen niet aan de grens.

Migratie heeft een belangrijke impact op de praktijk van VGV, zowel wat de beeldvorming als het uitvoeren zelf betreft, te beginnen met het feit dat tal van gastlanden, waaronder België, een specifieke wetgeving hebben aangenomen tegen de praktijk van VGV. De sociale druk die wordt uitgeoefend door gelijken en door de familie die achtergebleven is, blijft voelbaar voor de migranten. Het kind *behoort tot de familie* en een grootmoeder of een tante kan beslissen wat goed is voor het kind, wat bijvoorbeeld een risico op VGV kan inhouden wanneer men op reis gaat naar het land van herkomst.

Ongeacht het sociaaleconomisch niveau of de opleidingsgraad van de familie kan een moeder of vader blijven vasthouden aan de manier van leven en de *gebruiken* - het oorspronkelijke identiteitskader - om de familie een *plezier te doen* en niet uitgestoten te worden uit de gemeenschap van herkomst, en vooral om de meisjes te kunnen uithuwelijken. Een kwalitatieve studie die onlangs in Frankrijk werd uitgevoerd, heeft echter aangetoond dat het aantal gevallen van vrouwelijke genitale verminking daalt naarmate de betrokken groepen opklimmen op de sociale ladder en vooral naarmate de verschillen tussen mannen en vrouwen uitgevlakt worden (als vrouwen toegang krijgen tot onderwijs en de arbeidsmarkt). Dezelfde studie toonde tevens aan dat vasthouden aan de gebruiken uit het land van herkomst ook een vorm van geruststelling kunnen zijn voor achtergestelde sociale groepen in het nieuwe land (9).

In 2010 werd in Franstalig België een kwalitatieve studie uitgevoerd over de motieven en de logica voor het voortzetten of het achterwege laten van vrouwelijke genitale verminkingen onder de bevolking van Afrikaanse herkomst (8). De studie heeft aangetoond dat door de bewustwording dat VGV niet door de religie is opgelegd en niet universeel is, en door contacten met verenigingen die strijden tegen VGV, confrontaties en veranderingen teweeg gebracht worden. Dit proces begint trouwens vaak in het land van herkomst. Het verwerven van nieuwe inzichten (onder meer in verband met de gevolgen van VGV voor de gezondheid) kan echter tegelijkertijd ook leiden tot ongekend leed. Het gebeurt immers dat besneden vrou-

wen die een andere interpretatie van de praktijk te horen krijgen of ontdekken dat ze besneden werden, zich minderwaardig en niet langer volwaardig vrouw voelen.

Bovendien worden de ouders heen en weer geslingerd tussen de normen en geboden die gelden in het '*nieuwe*' land en die besnijdenis gelijkstellen met een verminking – en dus een inbreuk op de mensenrechten die door de wet bestraft wordt – en de normen en geboden in het land van herkomst. Daar is men een goede ouder als men de *traditie* respecteert en zijn of haar dochter dus laat *besnijden* zodat ze kan trouwen met iemand uit de groep. Deze tegenstrijdigheden worden door de families beslecht en zo gebeurt het vaak dat slechts één of enkele van de zusjes besneden worden (9).

Ook geëmigreerde gezinnen die geleidelijk aan overwegen om de praktijk voor hun kinderen achterwege te laten, beslissen na herhaalde interculturele arbitrages over de geldende seksuele moraal (8). Om niet volledig komaf te maken met de praktijk kunnen de gezinnen opteren voor een VGV die minder risico's inhoudt (via medische begeleiding) of die minder laesies veroorzaakt (via het uitvoeren van een minder radicale vorm). De gezinnen passen ook andere strategieën toe om te verhinderen dat er buiten hun medeweten een VGV wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld tijdens een reis naar hun land van herkomst: ofwel door het probleem te omzeilen of te ontwijken (doen geloven dat het kind besneden is), door overbescherming (het kind nooit alleen laten) of door de wet die van kracht is in het nieuwe gastland in te roepen (aan de hand van een certificaat bijvoorbeeld) (8).

2.3 Gedwongen huwelijken, vroegtijdige zwangerschappen en polygamie



De meeste vrouwen die het slachtoffer worden van VGV zitten gevangen in een polygaam of een gedwongen huwelijk en dit heeft deels te maken met de status en de positie van vrouwen in hun land.

De *Demographic and Health Surveys* (DHS) uitgevoerd in Afrikaanse landen, tonen aan dat vrouwen die voorstander zijn van VGV het ook *normaal* vinden dat zij geslagen worden door hun echtgenoot als ze het eten hebben laten aanbranden of als ze geslachtsgemeenschap weigeren (10).

De Franse vzw GAMS heeft gevallen gemeld van jonge meisjes die, nog tijdens hun leerplicht, teruggestuurd werden naar hun land om te worden besneden en uitgehuwelijkt, en die daarna met hun man zijn teruggekeerd naar Europa. Dit gebruik van gedwongen huwelijken leidt tot opsluitingen en ongewenste zwangerschappen (11).

Professionelen die in contact komen met besneden vrouwen moeten zich dus ook bewust zijn van de geweldplegingen en geslachtsgebonden discriminatie om de jonge vrouwen de nodige bescherming en ondersteuning te kunnen bieden die verder reikt dan een medische behandeling.

Diaryatou Bah, auteur van het boek *On m'a volé mon enfance*, vertelt over haar reis door Europa en haar lange weg naar vrijheid.



Diaryatou Bah wordt in 1985 in Guinee geboren. Haar polygame vader leeft samen met zijn vier vrouwen en heeft 32 kinderen. Ze groeit op bij haar grootmoeder in het dorp. Als ze acht jaar is, wordt ze besneden, zoals de traditie dat wil. Als ze nog maar 14 is, huwelijkt haar vader haar bij volmacht uit aan een Guinees die beweert dat hij in Nederland voor de Europese



Unie werkt. Haar toekomstige echtgenoot, zo wordt haar beloofd, is knap en zal haar familie financieel steunen. Met valse papieren op zak – ze is nog niet oud genoeg om te trouwen – vertrekt ze naar Nederland. Daar ontdekt ze dat haar echtgenoot al met een andere vrouw samenwoont en gewelddadige seksuele trekjes heeft. Diaryatou heeft een miskraam, hoewel ze niet eens weet wat zwanger zijn betekent. Tijdens haar tweede zwangerschap ontzegt haar man haar elke medische hulp: ze verliest ook haar tweede kind. Ze verhuizen naar Frankrijk. Diaryatou leeft teruggetrokken in een appartement waar het geweld doorgaat tot ze op een dag op tv een jonge vrouw ziet die vertelt over echtelijk geweld en hoe ze ontsnapt is aan haar gewelddadige man. Uit de uitzending herinnert ze zich de woorden maatschappelijk werk en ze gaat naar het gemeentehuis met die twee woorden, die haar redding zullen betekenen. Het begin van een lange weg langs talloze bureaus om hulp te zoeken en telkens moet ze haar verhaal helemaal opnieuw vertellen. Ze zit in een moeilijke situatie: ze is met valse papieren Nederland binnengekomen omdat ze minderjarig was. Begin 2004 besluit ze om thuis weg te gaan en nu staat ze alleen op straat. Uiteindelijk krijgt ze hulp van de overheid. En dan begint een lang proces om zich in Frankrijk te integreren. Kunnen lezen en schrijven is haar redding geweest, zegt ze. Dat is wat vrouwen kan helpen om te ontkomen aan de onderdrukking en het geweld (12).

2.4 Zeggenschap over het lichaam van de Europese vrouw



Ondanks onze algemene en openlijke protesten tegen vrouwelijke genitale verminkingen in andere gemeenschappen en landen, is het jammer dat wij, in Europa, zelden stilstaan bij onze eigen houdingen en gebruiken in verband met het lichaam van vrouwen.

In 2008 organiseerden de *Femmes Prévoyantes Socialistes* een conferentie met als thema *À qui appartient le corps des femmes ?* om te benadrukken dat het lichaam van de vrouw, door de eeuwen heen, heel anders behandeld werd dan het lichaam van de man. Ook vandaag nog wordt het lichaam van vrouwen geprezen zolang dat jong en slank is. Een lichaam dat niet voldoet aan het schoonheidsideaal kan alleen op minachting rekenen (13). En dus gaan jonge meisjes op een streng dieet om toch maar te lijken op de slanke modellen in gefotoshopte tijdschriften.

Op seksueel vlak bieden privéklinieken in België tegenwoordig plastische chirurgie aan om de geslachtsdelen bij te werken: inkorting van de kleine schaamlippen, verwijdering van de voorhuid van de clitoris (14). Die ingrepen zijn niet zonder gevaar (verlies van gevoeligheid, aanhoudende pijn ten gevolge van littekenvorming) (15) en als die niet uitgevoerd worden om medische redenen (om een functioneel probleem te verhelpen) zouden die vergeleken kunnen worden met een genitale verminking, zo beweert Marge Berer in een artikel verschenen in het *British Medical Journal: it's female genital mutilation* (16). Deze trend, die komt overwaaien uit de VS, wordt ook in België steeds populairder en waakzaamheid is geboden.

Bij plastische chirurgie aan de vulva zijn het de vrouwen zelf die de eerste stap zetten omdat ze een beeld voor ogen gehouden krijgen van een *ideaal* geslachtsdeel.

Er zijn ook andere situaties waarbij de arts de beslissing neemt en een chirurgische ingreep op de interne of externe geslachtsorganen bij de vrouw verricht: een episiotomie, een keizersnede of een hys-

terectomie. Hoewel er uiteraard gegronde medische redenen zijn om deze ingrepen uit te voeren, tonen de grote verschillen tussen ziekenhuizen of tussen artsen aan dat een medische indicatie *niet de enige* doorslaggevende factor is voor de prevalentie van deze ingrepen. De Belgische ziekenfondsen hebben diverse onderzoeken gevoerd naar dit probleem (17-20). Als deze ingrepen overmatig worden uitgevoerd, brengt dit niet alleen financiële kosten mee voor het gezondheidssysteem. Ook de vrouwen, die soms geconfronteerd worden met gevolgen op lange termijn (pijn bij geslachtsgemeenschap, infectie, depressie), betalen een hoge sociale prijs. Tot slot, *normaliserende chirurgie bij interseksuele* zuigelingen of kinderen om hen vrouwelijke of mannelijke geslachtsorganen te geven nog voor zij hun weloverwogen toestemming kunnen geven, zou ook beschouwd kunnen worden als een vorm van genitale verminking. Studies hebben aangetoond dat de seksuele functie verstoord is bij vrouwen die op zeer jonge leeftijd een *feminisatie* hebben ondergaan (verkleining van de clitoris) (21-22). ■

Referenties

- 1• OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2009 Dec 10]. Beschikbaar op:
URL:http://web.unfpa.org/upload/lib_pub_file/756_filename_fgm.pdf
- 2• Gillette-Frenoy I. L'excision et sa présence en France: Etude ethno-sociologique. Parijs: GAMS; 1992.
- 3• Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. Popul Soc 2007; 438.
- 4• Dirie W, Miller C. *Mijn woestijn*. Amsterdam: Arena; 1998
- 5• UNICEF. Yemen FGM/C Country profile. Overview of female genital mutilation/cutting. [Online]. United Nations Children's Fund; DHS 1997 [cited 2009 Dec 10]. Beschikbaar op:
URL:http://www.childinfo.org/files/Yemen_FGC_profile_English.pdf
- 6• Fainzaing S. L'excision, ici et maintenant, étude ethnologique. In Les mutilations du sexe des femmes aujourd'hui en France. Parijs: Editions Tierce; 1984. p.23-43.
- 7• Bellas Cabane C. La coupure - L'excision ou les identités douloureuses. Parijs: La Dispute; 2008.
- 8• Dieleman M. Excision et migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour GAMS België; 2010
- 9• 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. Parijs: L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances; 2009.
- 10• UNICEF. Female genital mutilation/cutting, a statistical exploration. New York: United Nations Children's Fund; 2005.
- 11• Gillette-Faye. Communication at the International Conference on Female Genital Mutilation and Forced/Early Marriages in the EU; 8-11 februari 2007; Brussel, België.
- 12• Bah D. On m'a volé mon enfance. Parijs: Anne Carrière; 2006.
- 13• Claude F. A qui appartient le corps des Femmes? Document d'analyse. Femmes prévoyantes [Online]. 2009 [cited 2009 Dec 10]; beschikbaar op:
URL:http://www.femmesprevoyantes.be/fps/Prejuges/Colloque/colloque_corps_des_femmes.htm
- 14• Maton C. Chirurgie plastique intime, nouveau regard sur les femmes. *Le Généraliste* 2009;933:18-19.
- 15• Liao LM, Creighton SM. Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? *BMJ* 2007;334:1990-92.
- 16• Berer M. It's female genital mutilation and should be prosecuted. *BMJ* 2007;334:1335.
- 17• Lucet C, Di Zinno T, De Gauquier K, Remacle A. Recours à la césarienne en Belgique: évolution générale et disparités. Agence Intermutualiste [Online]. 2006 april 24 [cited 2009 Dec 10]; Beschikbaar op URL:http://www.cin-aim.be/library/documents/health_monitoring/CK_Césariennes_AIM_rapport_20060424.pdf
- 18• Lin HC, Xirasagar S. Institutional factors in cesarean delivery rates: policy and research implications. *Obstet Gynecol* 2004;103:28-136.
- 19• Diels J, Cluyse L, Gaussin C, Mertens R. L'hystérectomie en Belgique. Les dossiers thématiques des mutualités chrétiennes [Online]. 1999 [cited 2009 Dec 10]; beschikbaar op URL:http://www.mc.be/cm-tridion/fr/100/Resources/hysterectomie_tcm27-13615.pdf
- 20• Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- 21• Minto CL, Liao LM, Woodhouse CR, Ransley PG, Creighton SM. The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a crosssectional study. *Lancet* 2003;361(9365):1252-7.
- 22• Creighton SM. Adult female outcomes of feminising surgery for ambiguous genitalia. *Pediatr Endocrinol Rev* 2004;2(2):199-202.

Hoofdstuk 3

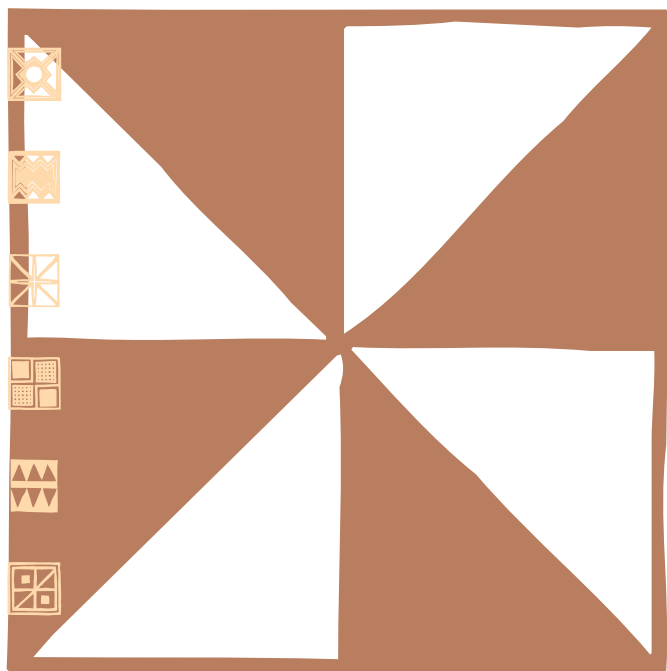
Medische, psychologische en seksuele gevolgen

Hoofdstuk

Kernpunten

- ❖ Genitale verminking heeft een **grote impact op de gezondheid** van de vrouwen die dit ondergaan, op fysiek, psychologisch en seksueel vlak.
- ❖ De **onmiddellijke complicaties** (op het moment van of in de uren na de ingreep) zijn: hevige pijn, bloeding, infectie, toevallige letsels aan nabijgelegen organen, breuken, ... Deze complicaties kunnen in sommige gevallen dodelijk zijn.
- ❖ **Complicaties op middellange en lange termijn**, die vaker voorkomen na een infibulatie zijn: chronische pijn, opgezwollen littekens, cystes, chronische stoornissen van de urinewegen, menstruele stoornissen, onvruchtbaarheid.
- ❖ Ook de impact van de infibulatie op het verloop van de **bevalling** en de levensverwachting van de baby's mag niet onderschat worden.
- ❖ Er doen zich ook **psychologische complicaties** voor, zoals neurose, angst, depressie, teruggetrokkenheid, posttraumatisch stresssyndroom.
- ❖ De **seksuele complicaties** omvatten pijn bij geslachtsgeenschap, afnemen van het libido, anorgasmie. **Dat de vrouw geen plezier beleeft aan de seksualiteit** leidt tot echtelijke spanningen.

Hoofdstuk 3



3.1 Somatische gevolgen

3.1.1 Onmiddellijke gevolgen



Alle types van vrouwelijke genitale verminking

Omdat de ingreep meestal uitgevoerd wordt zonder verdoving, is de eerste complicatie de intense pijn, soms in die mate dat de vrouw het bewustzijn kan verliezen.

In de dagen die op de ingreep volgen, kan de pijn ook leiden tot een reflex van *urineretentie*. De vrouw kan de sporen van die pijn haar leven lang meedragen.

Snijden in de uitwendige geslachtsorganen kan ernstige *bloedingen* veroorzaken zodat de vrouw bloedarmoede krijgt of sterft (1). In sommige gevallen kunnen de *nabijgelegen organen*, zoals de urinebuïs, de blaas, het perineum, de anus of het rectum ook *beschadigd* raken. Omdat er vaak niet steriel wordt gewerkt, is er een groot risico op infecties. Er kan lokaal een abces ontstaan of er kan weefsel afsterven. Er zijn ook gevallen bekend van algemene *infecties* (tetanus, hiv-besmetting, hepatitis B en C) (2-4). Deze besmettingen kunnen niet enkel tijdens de verminking voorkomen, maar ook tijdens een desinfectie als er gewerkt wordt met besmet materiaal (2,5). Omdat het tegenstribbelende kind of meisje tijdens de verminking met brute kracht door derden wordt vastgehouden, kunnen er zich ook *botbreuken* voordoen.

3.1.2 Gevolgen op middellange en lange termijn

Alle types van vrouwelijke genitale verminking

Er kan chronische pijn optreden als gevolg van een neuroma ter hoogte van de snede in de dorsale zenuw van de clitoris.

Opgezwollen littekens of *keloïden* kunnen tot veel ongemak leiden en zijn vooral hinderlijk tijdens het zitten of lopen.

De insluiting van de opperhuid tijdens de wondgenezing kan leiden tot een *epidermale inclusiecyte* die groter kan worden of geïnfecteerd kan raken.

Infibulatie

Infibulatie leidt – en dat is de bedoeling – tot de vorming van een littekenwand die de opening van de vulva en de urinebuismonding afsluit. Omdat de urine niet meer normaal afgevoerd wordt, kan de urinelozing lang duren en *pijnlijk* zijn. Bij een stuwing van de urine in de blaas, kan die geïnfecteerd raken. Dit leidt tot een chronische blaasontsteking die dan weer kan opstijgen tot de nieren (3,4).

De vernauwing van de vaginale opening kan ook het *menstruatiebloed tegenhouden* dat daardoor langer blijft stromen. Bij een volledige afsluiting van de vagina kan het gebeuren dat het menstratiebloed volledig tegengehouden wordt in de vagina (2). Dat leidt tot felle pijn tijdens de maandstonden.

Verminkte vrouwen zijn veel gevoeliger voor *infecties van de vagina en de interne geslachtsorganen*. Als ook de eileiders geïnfecteerd raken, kan de vrouw onvruchtbaar worden. Zo ligt de onvruchtbaarheid bij geïnfibuleerde vrouwen 25 tot 30 % hoger dan bij de algemene bevolking (6,7). Omwille van de letsels aan de broos geworden geslachtsorganen worden tijdens de seksuele omgang ook sneller ziektekiemen overgebracht die de oorzaak zijn van *seksueel overdraagbare aandoeningen* (8).

Letsels aan de nabijgelegen organen kunnen leiden tot *onwillekeurige lozing van urine of feces* (9).

3.2 Obstetrische gevolgen van infibulatie

3.2.1 Opvolging van de zwangerschap



Bij de opvolging van de zwangerschap moet rekening gehouden worden met enkele typische kenmerken van een geïnfibuleerde vrouw.

- ✘ Ze is meer vatbaar voor vaginale en urine-infecties (2).
- ✘ Ze kan voedsel weigeren om te verhinderen dat haar gewicht stijgt, dit uit vrees om te bevallen van een te grote baby. Om die reden kan ze ook weigeren om voedingssupplementen in te nemen (ijzer, vitamines) (10).
- ✘ Ze heeft schrik voor een gynaecologisch onderzoek en vooral voor het gebruik van een speculum. Vaak heeft ze angst voor de pijn of de mogelijke complicaties bij de bevalling; die angst moet worden aangekaart door de arts. Omwille van de infibulatie kan een vaginaal onderzoek onmogelijk blijken. Tijdens de zwangerschap kan eventueel een desinfibulatie uitgevoerd worden om de vrouw beter te kunnen onderzoeken (10).

3.2.2 Bevalling

Geïnfibuleerde vrouwen lopen een groter risico op complicaties en sterfte tijdens de bevalling. De foetus komt vaker in nood tijdens de bevalling en de perinatale sterfte ligt hoger (11).

Omdat de littekenwand bij geïnfibuleerde vrouwen een hindernis vormt, kan het hoofdje van de foetus niet zakken tijdens de weeën. Door deze blokkering kunnen de weeën veel langer duren en kan de foetus aan zuurstoftekort lijden, met neurologische letsels of de dood tot gevolg.

Omdat het hoofdje van de baby de organen van het kleine bekken langdurig samendrukt, kan de bloedtoevoer naar deze organen af-

gesneden worden waardoor die afsterven. Zo worden er fistels, of verbindingen tussen de vagina en de blaas of de vagina en het rectum, gevormd. Deze fistels hebben een grote impact op het leven van de vrouwen. Niet alleen kunnen ze geen urine of ontlasting ophouden, ze worden ook vaak uitgestoten door hun echtgenoot of hun gemeenschap (1,12).

Omdat de vulva van de vrouw verhard is door het litteken, is het risico heel groot dat het perineum tijdens de bevalling scheurt en dus gaat bloeden.

Gynaecologen die niet vertrouwd zijn met genitale verminkingen kunnen ten onrechte beslissen om een keizersnede te doen (8,13). Een recent onderzoek in België, drie Scandinavische landen, Canada en Australië heeft aangetoond dat Somalische vrouwen die bevallen in de genoemde landen beduidend meer keizersneden ondergaan en beduidend meer doodgeboren kinderen krijgen dan autochtone vrouwen (14). Het artikel benadrukt de noodzaak om de prenatale opvolging en de bevallingsmethode van de Somalische immigrantes te herzien en aan te passen. Deze suggesties gelden waarschijnlijk ook voor geïnfibuleerde vrouwen uit andere streken.

3.3 Psychologische gevolgen



Alle types van vrouwelijke genitale verminking

Een kind of meisje dat onder dwang een verminking ondergaat, vaak zonder eerst te zijn gewaarschuwd, wordt overmand door een enorm gevoel van onbegrip en onmacht.

Een genitale verminking heeft vaak psychologische gevolgen, zoals neurose, angst, depressie, teruggetrokkenheid en een verlies van eigenwaarde (12). Vrouwen die een genitale verminking hebben ondergaan, lopen meer risico om een psychosomatische of een psychiatrische aandoening te ontwikkelen. Deze problemen hebben ook een weerslag op het huwelijksleven (2).

Sommige slachtoffers lijden aan het *posttraumatisch stresssyndroom* (PTSS). Dit is een psychologische reactie op een traumatische ervaring, zoals die zich voordoet bij een situatie met een risico om te sterven of ernstig gewond te raken. Het slachtoffer van het PTSS kan de traumatische ervaring opnieuw beleven, in de vorm van nachtmerries of terugkerende flashbacks. Een Senegalees onderzoek wijst uit dat 30 % van de onderzochte verminkte vrouwen leed aan PTSS met geheugenverlies en dat 80 % van de vrouwen *flashbacks* had van hun besnijdenis (15).

3.4 Gevolgen voor de seksualiteit



Volgens een onderzoek uitgevoerd in Vlaanderen zijn problemen met seksualiteit de belangrijkste reden waarom verminkte vrouwen naar een gynaecoloog gaan (16). Bij een vernauwing van de vulva na een infibulatie of als gevolg van een neuroma kan coïtus heel pijnlijk zijn.

In haar land van herkomst moet de geïnfibuleerde vrouw op de dag van haar huwelijk *geopend* worden door haar man. Hij gebruikt daarvoor een scherp voorwerp of zijn penis, als bewijs van zijn viriliteit (10). Sommige ondervraagde mannen zeggen getraumatiseerd te zijn omdat ze hun vrouw hebben laten lijden (17). In sommige gevallen wordt de insnijding gedaan door een traditionele vroedvrouw (18). Soms is een volledige geslachtsdaad pas mogelijk na diverse mislukte pogingen. Sommige vrouwen worden zwanger zonder penetratie. Anale seks komt vaak voor (2).

De moeilijkheden ervaren bij de geslachtsgemeenschap en het onbevredigend karakter ervan zijn vaak een bron van spanningen voor het koppel, wat een grote weerslag kan hebben op het huwelijksleven. Een Egyptisch onderzoek toont aan dat het scheidingspercentage bij koppels die te maken hebben met vrouwelijke genitale verminkingen zes keer hoger ligt dan normaal (12).

De resultaten van wetenschappelijke studies naar de kwaliteit van de seksuele beleving spreken elkaar tegen; we onthouden wel een recente studie uit Saoedi-Arabië (19). De auteurs spreken van een groot verschil in prikkeling, lubricatie, frequentie van orgasmen en seksuele bevrediging tussen verminkte en niet-verminkte vrouwen, zelfs bij een verminking die minder ingrijpend is dan een infibulatie (19). ✕

Referenties

- 1• Toubia N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med* 1994;331:712-6.
- 2• Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;70:99-104.
- 3• Dirie MA, Lindmark G. The risk of medical complications after female circumcision. *East Afr Med J* 1992;69:479-82.
- 4• Aziz FA. Gynecologic and obstetric complications of female circumcision. *Int J Gynaecol Obstet* 1980;17:560-3.
- 5• Sundby J. Female genital mutilation. *Lancet* 2003;362 Suppl s26-7.
- 6• Brown Y, Calder B, Rae D. Female circumcision. *Can Nurse* 1989;85:19-22.
- 7• MacLeod T. Female genital mutilation *J Soc Gynecol Can* 1995:333-42.
- 8• Collinet P, Stien L, Vinatier D, Leroy JL. Management of female genital mutilation in Djibouti: the Peltier General hospital experience. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:1074-7.
- 9• Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Female genital mutilation: generalities, complications and management during obstetrical period. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33:378-83.
- 10• Amy JJ, Richard F. Vrouwelijke genitale verminking: diagnostiek en behandeling (1e deel). *Gunaïkeia* 2009;14:98-102.
- 11• WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006;367:1835-41.
- 12• Mahran M. Medical dangers of female circumcision. *IPPF Med Bull* 1981;15:1-3.
- 13• Vangen S, Stoltenberg C, Skrandal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Cesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:553-8.
- 14• Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, Bennis M, Glazier R, et al. Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG* 2008;115: 1630-40.
- 15• Behrendt A, Moritz S Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry* 2005;162:1000-2.
- 16• 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* 2008;13:182-90.
- 17• Nour NM. Female genital cutting: a persisting practice. *Rev Obstet Gynecol* 2008;1:135-9.
- 18• Henrion R. Female genital mutilations, forced marriages, and early pregnancies. *Bull Acad Natl Med* 2003;187:1051-66.
- 19• Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril* 2008. [Epub ahead of print, doi:10.1016/j.fertnstert.2008.10.035]

Hoofdstuk 4

Juridische aspecten

Hoofdstuk

Kernpunten

- ❧ Vrouwelijke genitale verminking is **strafbaar** krachtens het **Belgisch strafrecht**.
- ❧ Iemand die gebonden is aan het **beroepsgeheim** moet, zoals iedereen, hulp bieden aan een persoon in nood en kan in dit kader onder bepaalde voorwaarden melding maken.
- ❧ Er kunnen diverse **preventieve maatregelen** genomen worden langs **gerechtelijke weg** of via bemiddeling.
- ❧ Professionelen kunnen de bestaande **richtlijnen** raadplegen met betrekking tot **kindermishandeling**.



Hoofdstuk 4



Amina uit mijn kleuterklas zou tijdens de volgende vakantie in haar thuisland besneden kunnen worden. Tijdens een prenataal onderzoek stel ik vast dat Aïssa, 19 jaar, geïnfibuleerd is. Diara vertelt me tijdens een consultatie dat ze besneden is, haar zusjes nog niet.

**Moeten deze situaties gemeld worden? Hoe? Aan wie?
En wat zijn de gevolgen?**



Uiteraard moeten deze situaties voorzichtig en streng aangepakt worden, zoals elke vorm van geweld of misbruik. Uw emoties de baas blijven, de grenzen van uw eigen kunnen kennen, uw bedenkingen delen met de leden van een team, de bestaande richtlijnen raadplegen, te rade gaan bij andere gespecialiseerde professionals: allemaal stappen die u kunt nemen om niet overhaast te werk te gaan, geen verkeerde diagnose te stellen en niemand te stigmatiseren of te kwetsen.

In dit hoofdstuk worden de juridische aspecten toegelicht van vrouwelijke genitale verminking in België, de bestrijding ervan, het beroepsgeheim en de preventieve maatregelen. Uw weg vinden in dit labrynt van wettelijke bepalingen en mogelijke acties kan moeilijk lijken. Elke situatie vraagt om een specifieke benadering. Als u niet weet wat te doen, kunt u terecht bij hulpverleners (zie hoofdstuk 12 en 13).

4.1 Strafrecht



Tal van internationale overeenkomsten veroordelen VGV en roepen de lidstaten op om dit te verbieden. In de bijlagen, op het einde van dit werk, vindt u een lijst van deze overeenkomsten, een overzicht van alle landen die een specifieke wetgeving hebben goedgekeurd en de tekst van de wettelijke bepalingen die in België van kracht zijn.

Bij gebrek aan een specifieke wetgeving is het algemeen strafrecht van toepassing: VGV kan vervolgd worden op basis van algemene wettelijke bepalingen, vooral bepalingen die elke inbreuk op de fysieke integriteit bestraffen.

In België kunnen vrouwelijke genitale verminkingen in elk geval beschouwd worden als opzettelijke slagen en verwondingen (2) met

de verzwarende omstandigheid van het verlies van een orgaan. Ze geven derhalve aanleiding tot ernstige lichamelijke letsels (3).

VGW wordt ook specifiek veroordeeld in het Belgisch recht: volgens artikel 409 van het strafwetboek (van kracht sinds 27 maart 2001) (1) wordt gestraft met een gevangenisstraf van 3 tot 5 jaar, *hij die een-der welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijk geslacht uitvoert, vergemakkelijkt of bevordert, met of zonder haar toestemming.*

Het feit dat het slachtoffer minderjarig is, is een verzwarende omstandigheid (dan worden zwaardere straffen opgelegd), net als de ernst van de gevolgen, het gewin (het beoogde financiële voordeel) en in het algemeen alle situaties van ondergeschiktheid tussen dader en slachtoffer (de dader heeft gezag over het slachtoffer, is een ouder, een arts, ...).

Deze specifieke bepaling heeft enkel betrekking op genitale verminking toegebracht bij *personen van het vrouwelijke geslacht*, zelfs met toestemming. Ze geldt niet voor piercings of tatoeages. De rechtspraak moet zich nog uitspreken over bepaalde randgevallen: plastische chirurgie van de geslachtsorganen, herinfibulatie door een arts na een bevalling.

De verjaringstermijn is 10 jaar. Die termijn begint pas te lopen op de dag dat het slachtoffer 18 jaar wordt.

Iedereen die, op welke manier dan ook, heeft deelgenomen aan een verminking van een minderjarige, ook in het buitenland, kan in principe in België vervolgd worden op voorwaarde dat hij wordt aangetroffen op het nationale grondgebied.

De procureur des Konings zal een gerechtelijk onderzoek starten op basis van gegevens die rechtstreeks verschaft worden door een particulier (slachtoffer of getuige), door professionelen of door een politiedienst. Als de procureur des Konings dat nodig acht, zal er een onderzoeksrechter worden aangesteld, met name om bepaalde opdrachten uit te voeren (zoals huiszoekingen, een aanhoudingsbevel, ...). Iemand kan zich ook rechtstreeks burgerlijke partij stellen bij een onderzoeksrechter.

Alleen met een gerechtelijk onderzoek kan zo veel mogelijk bewijsmateriaal verzameld worden. Indien nodig kan een wetsdokter het slachtoffer onderzoeken en haar medisch dossier inkijken.

Afgezien van enkele Afrikaanse landen (bv. Burkina Faso) en enkele uitzonderlijke gevallen (zoals Zwitserland, Spanje, Noorwegen, De-

nemarken en Zweden) hebben alleen in Frankrijk tal van processen (bijna 40) geleid tot een veroordeling van besnijdsters en familieleden. Frankrijk heeft geen specifieke wetgeving. De veroordelingen werden dus uitgesproken op basis van het gemene recht, met name de bepaling in de Franse strafwet die, net als in België, opzettelijke slagen en verwondingen bestraft.

In België werd blijkbaar nog geen enkel geval gemeld aan de gerechtelijke instanties. De prevalentie van VGV in de gemeenschappen van herkomst van talrijke migranten (vooral afkomstig uit Somalië en Guinea) is zo hoog dat we moeilijk kunnen geloven dat er in ons land geen daders of slachtoffers van dergelijke, alhier verrichte verminkingen zouden wonen, tenzij het gebruik wordt opgegeven, bijvoorbeeld na de emigratie.

Dit stilzwijgen kan diverse redenen hebben:

-  het clandestiene karakter en het taboe rond een gebruik dat betrekking heeft op de intieme sfeer, binnen heel gesloten gemeenschappen, met de daaruit volgende loyaliteitsconflicten;
-  het gebrek aan informatie van de gerechtelijke spelers in de ruime zin die hun mogelijke betrokkenheid nog onderschatten, vooral in de sector van jeugdzorg en binnen de parketten;
-  het gevoel van onbehagen bij veel professionelen die, enigszins verward maar te goeder trouw, zich aan de vigerende deontologische regels willen houden, met respect voor het beroepsgeheim, het belang van het kind, het familiale leven en de cultuur.

4.2 Beroepsgeheim



Zoals beschreven staat in diverse beroepscode (van artsen, vroedvrouwen, psychologen, maatschappelijk assistenten en justitieassistenten) is het beroepsgeheim een absoluut beginsel (4).

Het beoogt de bescherming van:

- ☒ de persoon, zijn vrijheid, zijn privé- en familielevens;
- ☒ de noodzakelijke vertrouwensrelatie tussen de persoon die op consultatie komt en bepaalde professionelen;
- ☒ de belangen van de maatschappij.

Dit beginsel is van toepassing op *eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen*, hetzij, met name, artsen, psychologen, maatschappelijk assistenten, maar ook vrijwilligers, straathoekwerkers, leraren, ...

Een rechtsvervolgning die uitsluitend gebaseerd is op bewijsmateriaal verkregen door een schending van het beroepsgeheim is in principe nietig.

Toch voorziet de wet uitzonderingen op het beroepsgeheim:

- ☒ in geval van een getuigenis in rechte of voor een parlementaire commissie, *laat de wet toe maar zonder verplichting* om het geheim bekend te maken;
- ☒ in gevallen waarin de wet verplicht om bepaalde feiten bekend te maken. Er kunnen zich meerdere situaties voordoen.

- 1) Elke getuige van een inbreuk op de openbare veiligheid, het leven of het eigendom van een individu is verplicht om dit te melden aan de procureur des Konings (5). Er wordt geen straf opgelegd. Dit is een morele verplichting. Deze verplichting geldt ook voor professionelen, maar wordt belemmerd door het beroepsgeheim. De professional zal dus niet elke inbreuk melden waarvan hij kennis neemt bij de uitoefening van zijn functie (bv. een patiënt die aan de arts vertelt dat hij gewond is geraakt bij een inbraak).

- 2) Iedere gestelde overheid, iedere openbaar officier of ambtenaar die in de uitoefening van zijn ambt kennis krijgt van een misdaad of een wanbedrijf is verplicht daarvan bericht te geven aan de procureur des Konings (6). De aard van het ambt en de vastgestelde feiten (een inbreuk) krijgen voorrang op het beroepsgeheim. Deze bepaling geeft een ambtenaar die daarvoor niet de nodige competentie of bevoegdheid heeft niet het recht om een onderzoek in te stellen om inbreuken op te sporen. Dat is de taak van de politie en de gerechtelijke instanties. Een gemeenteambtenaar die aan het loket een vals paspoort krijgt voorgelegd bijvoorbeeld, moet dit feit melden, maar mag zelf geen onderzoek voeren. De situatie van ambtenaren die werken in het psychomedisch-sociaal domein kan echter delicaat worden aangezien ze tegelijkertijd gebonden zijn aan twee tegenstrijdige waarden van geheimhouden en aanklagen. Om hun werk te kunnen vervullen, is het de geheimhouding die prioritair is.

- 3) Iedereen heeft de plicht om hulp te verlenen aan een persoon in nood. Het moet gaan om een ernstig, reëel en actueel gevaar. Deze verplichting geldt voor iedereen (ook voor ambtenaren). Het geheim mag pas bekendgemaakt worden als er geen andere manier bestaat om de persoon in nood te beschermen of te helpen. Deze extreme, zeldzame situatie is een noodsituatie. De deskundige die hiermee te kampen heeft moet de aanwezige waarden die in conflict zijn afwegen (geheim/plicht tot hulp aan mensen in nood) en een keuze maken. Hij kan beroep doen op andere professionals die ook gebonden zijn aan het beroepsgeheim. Dan spreken we van gedeeld beroepsgeheim. Een verpleegster die in het ziekenhuis te weten komt dat een patiënte die zich niet mag laten besnijden onder verdoving, door haar familie gedwongen wordt om de volgende dag naar een bepaald adres te gaan waar een besnijdstster woont, kan dus niet verweten worden dat zij haar beroepsgeheim schendt als ze de instanties verwittigt. Dit op voorwaarde dat ze eerst tevergeefs haar eigen hiërarchie heeft aangesproken (die geweigerd zou hebben om in te grijpen of haar gedwongen heeft om te zwijgen).

Als er minderjarigen bij betrokken zijn, geeft de wet uitdrukkelijk toestemming aan de professional om bepaalde ernstige inbreuken te melden, met name vrouwelijke genitale verminkingen (8). De noodsituatie wordt hier geformaliseerd. De wet vereist dat de houder van het geheim het slachtoffer zelf onderzocht heeft of dat die laatste hem in vertrouwen heeft genomen, dat er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de mentale of fysieke integriteit van de betrokken persoon en dat hij of zij niet zelf of met de hulp van

een derde in staat is om deze integriteit te beschermen. Dit zou bijvoorbeeld het geval zijn als een psycholoog van een minderjarige patiënte hoort dat haar grote zus op jonge leeftijd verminkt werd en dat ze gegronde redenen heeft om te vrezen dat zij hetzelfde lot zal ondergaan bij een volgende reis naar het land van herkomst. Als het team (gedeeld beroepsgeheim) er niet in slaagt de ouders ervan te weerhouden, is de melding geen strafbare inbreuk op het beroepsgeheim.

Bij de uitoefening van zijn functie moet iedereen dus de verplichting tot beroepsgeheim verenigen met de verplichting om bijstand te verlenen aan een persoon in nood, in dit geval vrouwen of meisjes die besneden zijn of ernstig gevaar lopen om besneden te worden.

Deze verplichtingen wegen nog zwaarder als de persoon in nood (die herbesnijdenis, herinfibulatie, gezondheidsproblemen, een gedwongen huwelijk, ontvoering, geweld, ... riskeert) minderjarig is (9, 10), er een dringende noodzaak bestaat en dit gevaar een daad van mishandeling is, zoals een genitale verminking (9,11).

4.3 Preventieve acties

4.3.1 Rechter in kort geding



In geval van nood kan er bij de Voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg een verzoek ingediend worden tot bescherming van een vrouw of meisje.

Bij een conflict tussen de ouders kan hij het kind bijvoorbeeld toevertrouwen aan de vader of de moeder en verbieden dat het kind het grondgebied verlaat. Daarbij moet de rechter wel een ernstig risico op VGV vaststellen. Het bewijs is moeilijk te leveren: het feit dat een ouder afkomstig is uit een streek of een bevolkingsgroep met een grote prevalentie van verminkingen is geen afdoende reden om een dergelijke beperking te rechtvaardigen als er geen andere *waarschuwingssignalen* zijn, zoals brieven, mails, betrouwbare getuigen, ... Als de andere ouder zijn/haar vrees uit, zouden er andere maatregelen genomen kunnen worden (vooral in het kader van een bemiddeling): verbintenis om het kind niet aan derden toe te vertrouwen in het land van herkomst of om een medisch onderzoek te ondergaan voor en na de reis, inlevering van het paspoort zodat het kind niet kan reizen, ...

4.3.2 Bescherming van minderjarigen: de driehoek procureur des Konings, jeugdrechter, directeur van de hulpverlening aan de jeugd

Om een meisje te beschermen tegen haar familie valt de eerste interventie (chronologisch gezien) in principe onder de bevoegdheid van de directeur van de hulpverlening aan de jeugd. Dit is wat we noemen *toegekende hulp*. Alleen in uiterste noodzaak/noodgeval, als deze hulp niet baat, kan de procureur des Konings aan de jeugdrechter vragen om een maatregel uit te vaardigen om het kind buiten haar familiekring te plaatsen, bij derden, particulieren – ook familieleden – of een instelling. Deze maatregel wordt opgevolgd en

toegepast door de directeur van de hulpverlening aan de jeugd. Dan zijn we overgeschakeld op *verplichte hulp*.

De procureur des Konings kan op de hoogte gebracht worden door een sociale dienst, een dienst slachtofferhulp of kinderen die het slachtoffer zijn van mishandeling of door iedere andere persoon die aan de politie meldt dat een kind gevaar loopt. Er zal een onderzoek ingesteld worden en tegelijk, indien nodig, zullen er gespecialiseerde hulpverleners aangesteld worden alvorens er wordt overgegaan tot verplichte maatregelen.

Op het vlak van hulpverlening aan de jeugd en kindermishandeling zijn er verschillende institutionele structuren actief per gewest of gemeenschap en taalgebied.

De wetteksten kunnen ingekeken worden op diverse specifieke sites waar ook tal van andere informatie en nuttige links te vinden zijn: www.aidealajeunesse.cfwb.be, www.vlaanderen.be, www.one.be, www.kindengezin.be.

Professionelen kunnen zich wenden tot een instelling zoals de Délégué général aux droits de l'enfant (www.dgde.cfwb.be), de Kinderrechtencommissaris (www.kinderrechtencommissariaat.be), een vereniging zoals de vzw GAMS (www.gams.be) of de vzw INTACT (www.intact-association.org) of een andere institutie (zie adressen in hoofdstuk 13) die zullen ingrijpen in het kader van het gedeeld beroepsgeheim en hun respectieve taken.

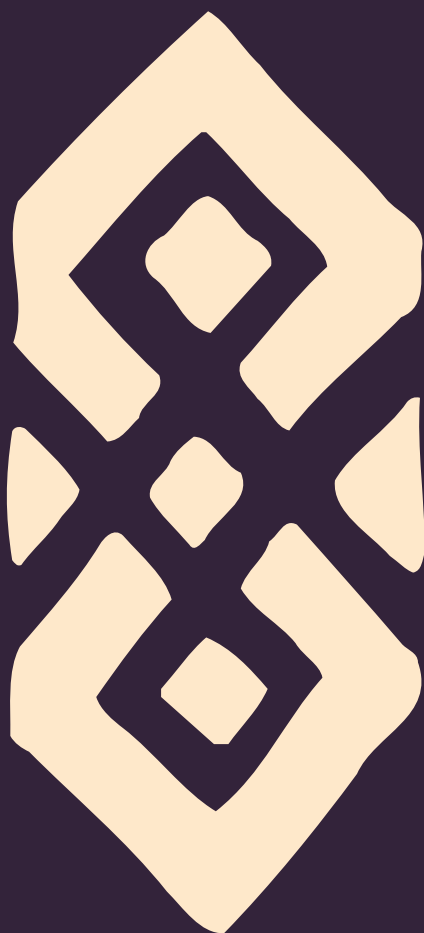
Tot er specifieke richtlijnen worden aangenomen en verspreid op het vlak van kinderbescherming en preventie van kindermishandeling geven deze sites tips en advies: www.federationsosenfants.be, www.yapaka.be en www.kindermishandeling.org 

Referenties

- 1• Belgisch strafwetboek Art. 409 § 1er.
- 2• Belgisch strafwetboek Art. 398.
- 3• Belgisch strafwetboek Art. 400.
- 4• Belgisch strafwetboek Art. 458.
- 5• Belgisch Wetboek van strafvordering Art. 30.
- 6• Belgisch Wetboek van strafvordering Art. 29.
- 7• Belgisch strafwetboek Art. 422bis.
- 8• Belgisch strafwetboek Art. 458bis.
- 9• Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. Verdrag inzake de rechten van het kind. Resolutie 44/25, bijlage, 44 U.N. GAOR Supp. nr. 49 tot 167, U.N. Doc. A/44/49 [Online]. Aangenomen op 20 november 1989, van kracht sinds 2 september 1990 [cited 2009 Dec 10]; Art. 3.1,37a,19.1,24.3. Beschikbaar op:
URL:http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/pdf/CHILD_F.PDF
- 10• Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. A World fit for Children. 2002 Oct 11; S-27/2.
- 11• OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2009 Dec 10]. Beschikbaar op:
URL:http://web.unfpa.org/upload/lib_pub_file/756_filename_fgm.pdf

Deel 2

Een betere benadering



Deel 2



Inleiding



Soms is het heel moeilijk om het risico te evalueren en de gepaste reactie te kiezen. De gerechtelijke procedures en de hulpverleners in de medisch-psychosociale sector zijn zo talrijk dat u nog nauwelijks weet welk advies te geven, wat te beslissen en tot wie zich te wenden. Daarenboven kan men zich afvragen hoe men de logica van bescherming kan verzoenen met de logica van repressie?

We mogen niet vergeten dat elke situatie uniek is. Vaak is dit een combinatie van diverse domeinen (administratief, sociaal, psychologisch, medisch of juridisch) en diverse problemen (risico op besnijdenis, maar ook gedwongen huwelijk, geweld binnen het huwelijk, moeilijke administratieve situatie). De dringendheid, de betrouwbaarheid van de gegevens en de omstandigheden waarin die ingezameld worden, de te nemen maatregelen (welke en in welke domeinen), de familiale situatie zijn allemaal criteria om rekening mee te houden bij het inschatten van de hulp en het nemen van de beslissing.

Naast de soms essentiële medische en juridische bijstand kan de hulp heel uiteenlopende vormen aannemen. Zo kan contact worden opgenomen met verenigingen die de strijd aangaan tegen verminderingen in het land in kwestie of in België of kan een gesprek plaatsvinden met de betrokkenen (ouders, familie, kinderen). Dergelijke gesprekken zijn bedoeld om bewust te maken, de juiste weg te wijzen, een bepaald gedrag te ontraden (een ander meisje laten besnijden), te overtuigen om hulp te zoeken (medische, psychologische bijstand, ...), aan te raden om lid te worden van een gespreksgroep of deel te nemen aan een bemiddeling in geval van een conflict.

Om te beginnen, hoe kunt u iemand respectvol de juiste weg wijzen en een dialoog op gang brengen?

De wettelijke bepalingen bieden tal van mogelijkheden. Toch moet u eerst nagaan of die wel opportuun zijn en hoe u die gaat toepassen. Is het opportuun om een klacht in te dienen tegen ouders die hun dochter 10 jaar geleden hebben laten besnijden in het land van herkomst en sindsdien met haar naar België zijn gevlucht? Is een onderzoek opstarten waardoor de vader of moeder in de gevangenis zouden kunnen belanden wel de beste manier om een meisje te beschermen? Is het nodig om een collega-arts aan te geven die herinfibulaties uitvoert na de bevalling of is het beter om dit eerst met hem en eventueel met het medisch team te bespreken? Moet elk geval voor het gerecht worden gebracht als de betrokkene ook op een andere manier beschermd kan worden? Omgekeerd, is het toelaatbaar om te twijfelen om de politie te bellen als baby's vaak hartverscheurend huilen in het appartement van de burens waar de vreemdste figuren in en uit lopen? Heeft een verminkt meisje niet het recht om de besnijdsters die in haar streek actief zijn als schuldige aan te duiden? Ligt die beslissing bij de professionals of bij de betrokkene zelf?

Gevoelens van verwarring in complexe situaties zijn eerder een teken van professioneel inzicht dan van incompetentie. Daarom is het belangrijk om vragen te stellen: de gegevens evalueren, prioriteiten stellen, mogelijke alternatieven of ethische aspecten en de gevolgen ervan met het team bespreken, contact opnemen met professionals in andere vakgebieden, advies vragen bij een dienst, een vereniging of een specialist, vooral op juridisch vlak.

In het tweede deel van deze gids worden specifieke situaties en aanbevelingen vermeld voor bepaalde beroepsgroepen. ❖

Hoofdstuk 5

Consultaties en gesprekken met de families

Hoofdstuk

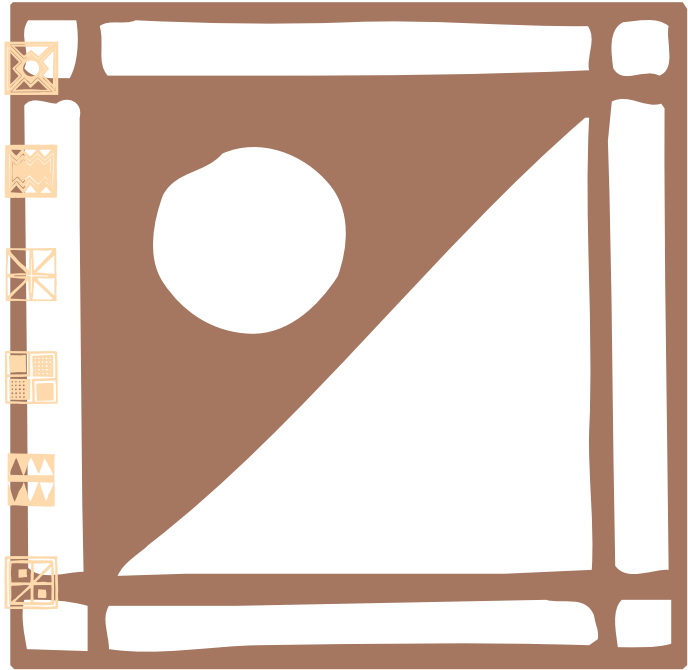
Voor professionals die een consultatie of een gesprek hebben met vrouwen die een genitale verminking hebben ondergaan

Kernpunten

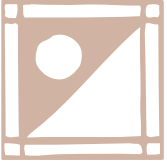
- ☑ **Zich voorbereiden om het onderwerp aan te brengen** door dit eerst met andere professionals te bespreken.
- ☑ **De nodige tijd nemen** om uit te leggen waarom deze traditie schadelijk is voor de gezondheid van de vrouwen en meisjes en waarom andere tradities wel gezond zijn.
- ☑ **Luisteren naar de moeder die langskomt met haar verminkte kind.** Het trauma van haar eigen besnijdenis komt vaak weer naar boven.
- ☑ **Een kaart van de betrokken landen** en visueel materiaal bij de hand hebben om hier indien nodig naar te kunnen verwijzen.



Hoofdstuk 5



5.1 Praten is belangrijk



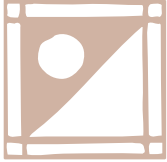
Waarom zou u met verminkte vrouwen over besnijdenis praten? Ze werden als kind verminkt, dus waarom daar nog op terugkomen? Is dat onze taak? We hebben nooit iets geleerd over dit onderwerp (1).

Professionele zorgverleners en andere professionelen die in contact komen met verminkte vrouwen voelen zich vaak machteloos tegenover een besneden vrouw. Ze weten niet hoe ze dit ter sprake moeten brengen en praten er dus liever niet over (uit vrees niet voldoende argumenten te hebben) of stappen liever niet binnen in een voor hen onbekende wereld: *"Dat is een andere cultuur!", "Wat kan ik zeggen?"* of *"Het zou te lang duren om daarover te beginnen."*

Huisarts Mélanie Horoks heeft navraag gedaan bij 100 besneden vrouwen die ondervraagd werden tijdens een consultatie gezinsplanning (2). Ze heeft aangetoond dat een derde van de vrouwen last had van frequente urogenitale symptomen (pijn bij het plassen, blaasontstekingen, pijn aan de vulva ook buiten het geslachtsverkeer), dat twee derde klaagde over seksuele problemen (vaginale droogte, dyspareunie) en dat driekwart een gebrek aan libido had. Veertig procent had hier nog nooit met iemand over gesproken. Het is dus van essentieel belang om naar de vrouwen toe te gaan en de eerste stap te zetten.

Zodra ze ernaar gevraagd worden, zijn de vrouwen bereid om over hun verminking te praten en ze hebben zelfs veel te vertellen (1). De ervaring leert dat nadat ze er een eerste keer over hebben gesproken, ze dit onderwerp spontaan ter sprake brengen bij een tweede consultatie en dat ze hun verminkte vriendinnen aansporen om ook op consultatie te komen: *die arts weet wat besnijdenis is, je kunt er met hem over praten.*

5.2 Houding



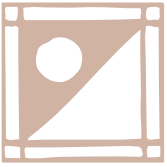
De kwestie van besnijdenis ter sprake brengen, gebeurt in een algemeen kader. U mag in de loop van het gesprek (of de consultatie) nooit vergeten dat de vrouw die tegenover u zit een heel eigen verleden, geloof en cultuur heeft.

Om sneller contact te leggen, geven we enkele tips op basis van de ervaring van professionals die met verminkte vrouwen samenwerken (1, 3-6):

- ☑ proberen te achterhalen waarover de vrouw bereid is te praten, waarover ze *wil* praten en dat als vertrekpunt nemen om een gesprek op gang te brengen; niet op de zaken vooruitlopen in haar plaats;
- ☑ geduld hebben, want het kan lang duren om een vertrouwensband op te bouwen gezien het verraad en het geweld dat de vrouw heeft meegemaakt (VGV, gedwongen huwelijk, verkrachting);
- ☑ uitgaan van de kennis en de vaardigheden van de vrouw, leren uit haar woorden, haar ervaringen;
- ☑ empathie tonen en het gesprek objectief houden;
- ☑ de kwestie van de gezondheidsproblemen aankaarten;
- ☑ geen oordeel vellen over de cultuur of de vrouw;
- ☑ geen schrik aanjagen, niet chanteren.

5.3 De juiste woorden kiezen

Begroeting



Aarzel niet om de vrouw uitgebreid te begroeten door naar de kinderen en de ouders te vragen. Onze **Goedendag** kan kortaf en kil overkomen bij vrouwen uit gemeenschappen waar mensen de tijd nemen om elkaar te begroeten. Sommige meisjes voelen zich meer op hun gemak als ze met **jij** worden aangesproken als hun gesprekspartner ouder is.

Woordenschat

Hoewel er geen toverwoorden bestaan, geven we toch enkele tips om u te helpen de kwestie van vrouwelijke genitale verminking aan te kaarten bij de vrouwen:

- ☑ een eenvoudige, toegankelijke woordenschat gebruiken;
- ☑ woorden uitproberen, bij de vrouw of haar familie, om te verwijzen naar vrouwelijke genitale verminking, zoals:
 - traditie;
 - gebruik of ritueel;
 - gesneden geslachtsdeel;
 - besneden, geïnfibuleerd.

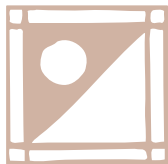
De vrouwen gebruiken zelden de woorden **vagina, schaamlippen, ...**

U kunt vragen of **ze onderaan gesneden** is door met uw hand naar de onderkant van de buik te wijzen.

Het is belangrijk dat iedereen woorden gebruikt waar hij of zij zich gemakkelijk bij voelt. De vrouwen die op consultatie komen gebruiken zelden de woorden **seksuele verminking** of **genitale verminking**.

Niet spreken over **normaal** en **abnormaal** want de norm is een heel relatief begrip.

5.4 Iconografisch materiaal



Dit visueel materiaal kan u helpen om iets te verduidelijken tijdens de consultatie of het gesprek:

- ☑ een kaart van de landen waar besnijdenis wordt toegepast (zie hoofdstuk 1). Meer informatie over de streken of bevolkingsgroepen waar VGV wordt toegepast, vindt u op de site van de Demographic and Health Surveys (DHS): <http://www.measuredhs.com/countries>. Klik op het land in kwestie en u krijgt alle gegevens over de toepassing van VGV verkregen via de DHS;
- ☑ tekeningen van het menselijk lichaam;
- ☑ tekeningen van de verschillende types van VGV (zie hoofdstuk 1 en de geplastificeerde fiche voor de verloskamer);
- ☑ tekeningen van de complicaties (urineretentie, moeilijke bevalling, ...).

U kunt dit didactisch materiaal eenvoudig aanvragen bij GAMS België (info@gams.be).

5.5 Werken met tolken en bemiddelaars



De meeste vrouwen zijn net aangekomen en spreken onze landstalen niet goed. U zult dus vaak een beroep moeten doen op een tolk.

Zelfs als de vrouw enkele woordjes Frans, Nederlands of Engels spreekt, zal dat niet genoeg zijn om een gevoelig onderwerp als VGV ter sprake te brengen. De vrouw vindt dan misschien niet de juiste woorden om haar gevoelens uit te drukken; een professionele tolk kan dan van pas komen.

Enkele tips om het gesprek te tolken (6)

- ☒ nooit aan de kinderen (of de echtgenoot, of de schoonmoeder, ...) van de vrouw vragen om te tolken;
- ☒ indien mogelijk een vrouw kiezen om het gesprek te tolken;
- ☒ aandacht hebben voor de visie van de tolk op VGV (zeker zijn dat de tolk geen voorstander is van dit gebruik). In het ideale geval heeft de tolk een opleiding gekregen over VGV en al enige voorkennis over deze problematiek;
- ☒ als de tolk voor het eerst over dit onderwerp tolkt, aandacht besteden aan de debriefing en nagaan hoe hij of zij zich voelt bij dit onderwerp.

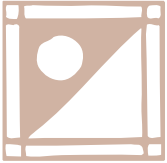
Betalingsmethodes

- ☒ asielzoekers hebben een requisitoir bij voor de consultatie en een tweede requisitoir voor de tolk;
- ☒ als de consultatie niet gebeurt met een requisitoir, moet de tolk betaald worden.

Hoe contact opnemen met een tolk (zie hoofdstuk 13)

- ☑ eerst zeker zijn dat de vrouw geen taal spreekt die u begrijpt;
- ☑ als u in een grote praktijk werkt, kunt u waarschijnlijk terecht bij een secretariaat dat voor u een tolk kan vinden voor de dag van de consultatie;
- ☑ als u alleen werkt in de praktijk en geen tijd hebt, kunt u aan de vereniging die de vrouw naar u heeft doorverwezen vragen om een tolk te zoeken.

5.6 Verloop van een consultatie



Er zijn diverse types van consultaties.

1. Een besneden vrouw die erover komt praten of geholpen wil worden (bv. vraagt om een desinfibulatie, een medisch verslag, ...).
2. Een besneden vrouw die voor iets anders komt en bij wie u de kwestie ter sprake moet brengen (bv. een prenataal onderzoek, een gezondheidsprobleem, een pediatrische consultatie, ...).
3. Een vrouw die met haar kind komt voor een attest in verband met integriteit van de uitwendige geslachtsorganen.

Bij elk type van consultatie (medisch, psychologisch, sociaal) (3)

- ☒ een langere consultatie voorzien;
- ☒ de vrouw op haar gemak stellen;
- ☒ van bij het begin een taal spreken die zij begrijpt;
- ☒ de vrouw altijd direct aanspreken, zelfs als er een tolk is;
- ☒ proberen haar niet te onderbreken;
- ☒ haar niet te veel informatie ineens geven;
- ☒ aan het einde van de consultatie een samenvatting maken om zeker te zijn dat ze alle informatie begrepen heeft.

Specifiek advies voor een gynaecologisch onderzoek (1,7)

- ☒ een laken voorzien dat de vrouw rond haar middel kan binden zodat ze niet naakt op de tafel ligt (de vrouwen zijn niet gewend om naar de gynaecoloog te gaan, voor sommigen kan dit de eerste keer zijn);
- ☒ alles uitleggen wat u gaat doen en vooral als u instrumenten gebruikt (speculum, wattenstokje) want de vrouw heeft die misschien nog nooit gezien;
- ☒ met de vrouw bespreken of ze haar man of haar familie op de hoogte moet brengen over een behandeling of een ingreep. Het kan gebeuren dat de vrouw u vraagt om aan haar man uit te leggen waarom een chirurgische ingreep nodig is (dat kan meer gewicht in de schaal leggen bij haar echtgenoot).

Voor een consultatie tijdens de zwangerschap, zie hoofdstuk 10 van deze gids.

Als u voor het eerst vaststelt dat een vrouw besneden of geïnfibuleerd werd

- ☑ uw ontsteltenis en emoties in bedwang houden om de vrouw niet af te schrikken. Een ongepaste reactie van een professional, een reactie als *“Wat ze u hebben aangedaan is verschrikkelijk, er ontbreekt iets bij u”* kan heel wat schade aanrichten;
- ☑ er geen schoolvoorbeeld van maken (er geen studenten of collega's bijroepen om te komen kijken).

Na het onderzoek kunt u met behulp van tekeningen uitleggen wat u gezien hebt. U kunt de vrouw ook voorstellen om zichzelf te bekijken met een spiegel, als zij dit wil, terwijl u antwoordt op haar vragen over wat ze ziet.

Emoties versus professionaliteit

- ☑ emoties mogen nooit de bovenhand krijgen over professionaliteit. U mag niet overdrijven; door te veel te focussen op de VGV kunnen professionals wel eens vergeten om het standaard behandelingsprotocol te volgen. Zo is het gebeurd dat een geïnfibuleerde vrouw niet optimaal verzorgd werd (pijnstillers na een ingreep) omdat het team te druk bezig was met haar verminking en probeerde te achterhalen of ze geïnfibuleerd werd in Europa of in Somalië, haar land van herkomst (8).
- ☑ sommige vrouwen hebben hun besnijdenis aanvaard en hebben ermee leren leven zonder dat dit hun vrouw-zijn of huwelijksleven sterk heeft beïnvloed. De uitgestoken hand van de professional om over de besnijdenis te praten, mag geen onderraging worden. Niet alle vrouwen hebben er behoefte aan dat hun besnijdenis behandeld wordt. Dit is hun recht en dat moet u respecteren.

Tijdens de consultatie kunnen ook juridische kwesties ter sprake komen. Raadpleeg dan hoofdstuk 4 van deze gids. ☑

Referenties

- 1• Horoks M. Parler de l'excision. *Pratiques* 2009;45:36-38.
- 2• Horoks M. Les mutilations sexuelles féminines: vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale. Paris 6: Thèse de médecine; 2008. (n° G035).
- 3• Royal College of Nursing. Female genital mutilation: an RCN educational resources for nursing and midwifery staff. Londen: RCN; 2006.
- 4• Danish National Board of Health. Prevention of female circumcision. Albertslund (Denmark): Sundhedsstyrelsen; 2000.
- 5• Gilbert E (éd.). Female Genital Mutilation: information for Australian health professionals. [Online]. 1997 [cited 2009 Dec 10]: [69 pages]. Beschikbaar op: URL:<http://www.ranzcog.edu.au/publications/pdfs/FGM-booklet-sept2001.pdf>
- 6• Toubia N. Caring for women with circumcision: a technical manual for health care providers. New York: Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women; 1999.
- 7• Lalande M. Pardon Madame. *Pratiques* 2009;45:39-40.
- 8• Johnsdotter S. Discrimination of certain ethnic groups? Ethical aspects of implementing FGM legislation in Sweden. Malmö (Sweden): Malmö University: Faculty of Health and Society; 2009.

Hoofdstuk 6

Medische attesten

en opvolging van meisjes die het risico lopen op een VGV

Hoofdstuk

Voor artsen
(huisartsen, pediaters, gynaecologen,
urologen, psychiaters, ...)

Kernpunten

- ⌘ **Een arts kan in diverse omstandigheden gevraagd worden om een medisch attest op te stellen** om de aanwezigheid of afwezigheid van een VGV te bevestigen: asielaanvraag, aanvraag tot verblijfsvergunning om medische redenen, aanvraag tot verblijfsvergunning om humanitaire redenen, opvolging van de meisjes.
- ⌘ **Er zijn vele types van attesten of verslagen** naargelang de gevraagde details en het geplande gebruik.
- ⌘ **Er bestaat momenteel geen consensus over de opvolging van meisjes die het risico lopen op een VGV.** De invoering van maatregelen om de meisjes te beschermen en op te volgen doet ethische, wettelijke en praktische vragen rijzen.



Hoofdstuk 6



Dit hoofdstuk bespreekt twee situaties waarmee artsen geconfronteerd worden: het opstellen van een medisch attest voor vrouwen die het slachtoffer zijn van een VGV en voor hun dochters (punt 1) en de opvolging van meisjes die een VGV riskeren (punt 2).



Wat het medisch attest betreft, weten artsen niet altijd in welke situaties dit vereist is of waar de aanvragende organisatie dit attest voor zal gebruiken. Ze hebben gewoonlijk ook geen idee over de gevolgen van een medisch attest waarin de aan- of afwezigheid van een VGV wordt bevestigd. Relevante vaststellingen vragen om de grootste voorzichtigheid: een basiskennis van de problematiek, een opleiding of bijstand en advies van een specialist kunnen nodig zijn.

De opvolging van meisjes die een VGV riskeren, wordt tot op heden niet structureel georganiseerd in België. Diverse actoren hebben voorgesteld om de externe geslachtsorganen van meisjes die een VGV riskeren systematisch en regelmatig te onderzoeken, maar deze maatregel ligt gevoelig en is moeilijk toe te passen.

6.1 Medische attesten

6.1.1 Omstandigheden



Een arts kan gevraagd worden om een medisch attest op te stellen in het kader van:

- 1) een asielaanvraag (of subsidiaire bescherming) bij het Commissariaat Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen (CGVS) (zie hoofdstuk 12);
- 2) een aanvraag tot verblijfsvergunning om medische redenen bij de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ);
- 3) een aanvraag tot verblijfsvergunning om humanitaire redenen bij de DVZ;
- 4) de opvolging van meisjes die een VGV riskeren (jaarlijks onderzoek vereist door het CGVS of onderzoek voor vertrek op vakantie naar het land van herkomst).

De betrokkene zal dit document indienen bij de instanties die dit vereisen (zelf of via haar raadgever, voogd of advocaat).

6.1.2 Diverse types van attesten

Het document kan verschillen, naargelang het geval.

Een of meerdere personen van dezelfde familie kunnen betrokken zijn bij de bovenvermelde procedures. Naargelang het verloop van het dossier kan de opstelling van diverse verslagen, hetzij gelijktijdig, hetzij opeenvolgend, dus gerechtvaardigd zijn (1).

1. Vaststelling van aan- of afwezigheid van vrouwelijke genitale verminking, met bepaling van het type van verminking en de eventuele gevolgen

Dit document is nodig in de vier bovenvermelde situaties.

- ❖ In het kader van een asielaanvraag worden deze vaststellingen gebruikt om de bescherming te rechtvaardigen van een meisje dat een risico loopt (en dus nog intact is) en van wie de moeder besneden is: er zal een afzonderlijke vaststelling opgesteld worden voor het (intacte) meisje en voor de (verminkte) moeder. Als op deze basis de vluchtelingenstatus

wordt toegekend, vraagt het CGVS aan de families om jaarlijks een verslag voor te leggen op basis van een standaardformulier. In dit verslag moet worden vastgesteld dat het meisje nog altijd intact is.

- ✦ Elk ander attest van vaststelling (dus niet noodzakelijk een standaardformulier) kan gebruikt worden ter ondersteuning van een aanvraag tot verblijfsvergunning om humanitaire of medische redenen.

Dergelijke vaststellingen worden soms ook gevraagd door GAMS België in het kader van de opvolging van de meisjes (meer informatie vindt u in het tweede deel van dit hoofdstuk). Op de site staat een standaardformulier: **www.gams.be**.

Dit verslag kan opgesteld worden door elke arts die voldoende vertrouwd is met de problematiek.

2. Omstandig medisch of psychologisch verslag in het kader van een asielaanvraag

Als een kind, meisje of vrouw in het kader van een asielaanvraag vertelt dat zij slachtoffer is van vervolging, geweld, opsluiting, foltering of gevangenschap en daar medische of psychologische gevolgen aan overhoudt, kan het nodig zijn om een volledig en omstandig medisch verslag op te stellen. Hierin moeten de vastgestelde verwondingen en de vermoedelijke oorzaak ervan gedetailleerd beschreven worden.

Sommige minderjarige en niet-begeleide meisjes die asiel aanvragen, hebben talrijke trauma's meegemaakt: genitale verminking, (poging tot) gedwongen huwelijk, familiaal geweld, opsluiting, verkrachtingen en kunnen daar de merkbare gevolgen van dragen. Ze kunnen er moeilijk over praten en het is belangrijk om een vertrouwensband op te bouwen, eventueel in aanwezigheid van een bekende hulpverlener (voogdes, advocate, psychologe, ...) die het vertrouwen van het meisje al gewonnen heeft. Het verslag kan eventueel een verband leggen tussen de symptomen, de klinische vaststellingen en de aangehaalde feiten. Als de persoon psychologische problemen heeft, moet het verslag ook informatie bevatten over haar vermogen om verhoord te worden en zich uit te drukken tijdens gesprekken op het CGVS of de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (RVV).

*Net als bij een deskundigenverslag, moet dit verslag bij voorkeur opgesteld worden door een derde arts (niet de behandelende arts van de patiënt) om zo de neutraliteit te bewaren. Er zijn medische centra en verenigingen die gespecialiseerd zijn in dit type van medisch verslag. Het verslag wordt opgesteld conform de aanbevelingen van het Istanbul-protocol (handboek van de Verenigde Naties inzake foltering) (2). Als de geleden verminkingen en geweldplegingen (gedwongen huwelijk, herbesnijdenis, herinfibulatie, opsluiting, gevangenschap, slagen, ...) om meer vragen dan een eenvoudige medische vaststelling, kan er bijvoorbeeld een onderzoek aangevraagd worden bij de vzw Constats. Het aanvraagformulier kan gedownload worden op de site van de vereniging: **www.constats.be**. Ook andere artsen doen deze medische onderzoeken. Gewoonlijk zijn zij bekend bij de advocaten en verenigingen die ijveren voor de rehabilitatie van slachtoffers van foltering.*

3. Omstandig medisch verslag in het kader van een aanvraag tot verblijfsvergunning om medische redenen

Als een VGV tot ernstige gevolgen heeft geleid, kan er op vertoon van een omstandig medisch attest een aanvraag tot verblijfsvergunning worden ingediend. Dit document bevestigt de noodzaak van verzorging, nu en eventueel in de toekomst. Het geeft indien mogelijk ook meer duidelijkheid over de eventuele beschikbaarheid van deze verzorging in het land van herkomst. Vaak kan deze vraag beantwoord worden via andere informatiebronnen, zoals het attest van een arts uit het land van herkomst, gegevens van een ngo die in het land werkt of gegevens uit betrouwbare bron op internet (verslagen van de WGO of internationale humanitaire organisaties).

*Dit verslag wordt bij voorkeur opgesteld door de arts die de patiënte behandelt of door de specialist die haar opvolgt. Er wordt aangeraden om het standaardformulier te gebruiken op de site van de Dienst Vreemdelingenzaken: **www.dofi.fgov.be**. De vereniging Medimmigrant heeft een uitgebreider verslag opgesteld, beschikbaar op de site: **www.medimmigrant.be**.*

4. Medisch of psychologisch verslag in het kader van een aanvraag tot verblijfsvergunning om humanitaire redenen

Het kan gebeuren dat de aanwezigheid van een VGV op zich niet voldoende/niet de reden is om een aanvraag tot verblijfsvergunning om medische redenen in te dienen, bijvoorbeeld omdat er verzorging beschikbaar is in het land van herkomst. Ook andere redenen kunnen een verblijfsaanvraag rechtvaardigen: sinds enkele jaren aanwezig op het grondgebied, professionele bekwaamheden/competenties, goed geïntegreerd (zie hoofdstuk 12). Zelfs in deze gevallen kan een medisch attest waarin de situatie wordt toegelicht nuttig zijn. Zo kan in elk geval een volledig dossier worden voorgelegd aan de instantie die de aanvraag moet beoordelen.

Dit verslag wordt bij voorkeur opgesteld door de behandelende arts, de behandelende psycholoog of de behandelende psychiater van de patiënte.

5. Preventief medisch attest

Voor elk meisje dat een VGV of een herbesnijdenis/herinfibulatie riskeert, kan het nodig zijn om een medisch attest op te stellen waarin haar persoonlijke situatie wordt vastgesteld (intact, verminkt, gedesinfibuleerd, ...). Dit document kan worden opgesteld in diverse situaties, bijvoorbeeld voor een reis naar het land van herkomst. Een attest inzake integriteit van de geslachtsorganen van het meisje en een document met uitleg over de Belgische wetgeving inzake VGV en de sancties bij overtreding kunnen de ouders ook helpen om, ter plaatse, weerstand te bieden aan de familieleden die willen dat het intacte meisje wordt besneden of geïnfibuleerd.

*Dit verslag kan worden opgesteld door elke arts die voldoende vertrouwd is met de problematiek.
Het attest bij desinfibulatie wordt bij voorkeur opgesteld door de gynaecoloog die het meisje gedesinfibuleerd heeft of door haar behandelende arts.*

6.2 Opvolging van meisjes die een VGV riskeren

6.2.1 Evaluatie van het risico op besnijdenis in België



Van meisjes die in België of in het buitenland geboren zijn en met hun ouders op het grondgebied wonen, wordt aangenomen dat zij een VGV riskeren als de moeder of vader afkomstig is van een land of een bevolkingsgroep waar VGV wordt toegepast.

Het feit dat zij haar land verlaten heeft, is niet voldoende om het meisje bescherming te bieden omdat VGV in het algemeen wordt toegepast binnen de familie. Een studie die onlangs in Frankrijk werd gevoerd bij migranten toont aan dat 27 % van de meisjes die tussen 1980 en 1989 in Frankrijk geboren werden besneden is (in Frankrijk of in het buitenland) (3). Het feit dat families aan Belgische artsen vragen om meisjes te besnijden, bevestigt deze druk en het mogelijke risico op VGV binnen het grondgebied of in een buurland (bijvoorbeeld bij een reis naar het land van herkomst of bij een uitwijzing door de instanties) (4,5).

6.2.2 Opvolgingsmaatregel van meisjes die een VGV riskeren en in België wonen

De grote kwetsbaarheid van de groep (pasgeboren meisjes, jonge meisjes), de extreme ernst van de gevreesde schade en de bewijzen dat dit gebruik nog voortleeft in Europa of in het land van herkomst rechtvaardigen de toepassing van maatregelen ter bescherming en opvolging van de meisjes die verder gaan dan een eenvoudige toekenning van een verblijfsvergunning.

De kern van de problematiek is de keuze van de strategie om deze meisjes op te volgen en te beschermen. Op dit ogenblik bestaat er geen consensus op Europees vlak en elke lidstaat hanteert zijn eigen strategie.

Terwijl het debat over de beste aanpak voortduurt, hebben twee Belgische actoren elk een initiatief genomen, die echter niet alle meisjes die een VGV riskeren beschermen:

- ⊠ Het eerste initiatief komt van GAMS België dat sinds 2006 *contracten* opstelt tussen de moeders die asiel aanvragen en lid worden van de vzw en GAMS België en dit om de intacte meisjes te beschermen. Deze overeenkomst bepaalt dat de meisjes elk jaar onderzocht worden door een arts om te bevestigen dat de externe geslachtsorganen intact zijn. In 2009 gebeurde dit bij 60 meisjes. GAMS België kan dit contract niet afdwingen en dit aanbevolen onderzoek is dus niet verplicht.
- ⊠ Het tweede initiatief komt van het CGVS dat sinds april 2008 een jaarlijkse opvolging voorziet van meisjes van wie de moeder asiel heeft gekregen omdat er een risico op VGV bestaat bij een terugkeer naar het land van herkomst. Het CGVS argumenteert dat de toekenning van een verblijfsvergunning op Belgisch grondgebied op basis van een risico op een VGV bij een terugkeer naar het land van herkomst geen bescherming biedt tegen de *vervolger*, omdat de gemeenschap en de familie ook in België nog druk kunnen uitoefenen om het gebruik voort te zetten. De arts wordt gevraagd om een voorgedrukt medisch attest in te vullen waarin de aanwezigheid of afwezigheid van een vrouwelijke genitale verminking wordt bevestigd. Dit document wordt doorgegeven aan het CGVS waar het dossier wordt behandeld door iemand die getrouwd is met de problematiek. Als er bij deze jaarlijkse medische controles een VGV wordt vastgesteld, zal het CGVS verhoren afnemen, de omstandigheden grondig onderzoeken en daar geval per geval conclusies uit trekken, rekening houdend met de beschikbare wettelijke middelen (intrekking of ontneming van de status), maar altijd in het belang van het kind.

De Nationale Raad van de Orde van Geneesheren heeft op 5 juni 2010 een advies uitgebracht over deze procedure van jaarlijkse controles georganiseerd door het CGVS. De Raad meent dat *het doorgeven van deze gevoelige gegevens aan een niet-arts van de administratie niet kan en evenmin nodig is. Het medisch dossier, de schetsen of de fotografische documentatie dienen onder de verantwoordelijkheid van de in deze procedure geraadpleegde artsen te worden bewaard. Deze artsen hoeven aan het CGVS niet meer mee te delen*

dan wat voor het doel van dit medisch onderzoek strikt noodzakelijk is, namelijk de loutere gevolgtrekking dat aan de voorwaarde voor verder asiel al dan niet is voldaan. Nadere informatie kan alleen worden gegeven indien en voor zover dat absoluut noodzakelijk is om de conclusie voor de administratie begrijpelijk en hanteerbaar te maken (6).



Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van het kind (1989)

Art.3

1. *Bij alle maatregelen betreffende kinderen, ongeacht of deze worden genomen door openbare of particuliere instellingen voor maatschappelijk welzijn of door rechterlijke instanties, bestuurlijke autoriteiten of wetgevende lichamen, vormen de belangen van het kind de eerste overweging.*
2. *De Staten die partij zijn, verbinden zich ertoe het kind te verzekeren van de bescherming en de zorg die nodig zijn voor zijn of haar welzijn, rekening houdend met de rechten en plichten van zijn of haar ouders, wettige voogden of anderen die wettelijk verantwoordelijk zijn voor het kind, en nemen hiertoe alle passende wettelijke en bestuurlijke maatregelen.*
3. *De Staten die partij zijn, waarborgen dat de instellingen, diensten en voorzieningen die verantwoordelijk zijn voor de zorg voor of de bescherming van kinderen voldoen aan de door de bevoegde autoriteiten vastgestelde normen, met name ten aanzien van de veiligheid, de gezondheid, het aantal personeelsleden en hun geschiktheid, alsmede bevoegd toezicht.*

Referenties

- 1• Verbrouck C, Jaspis P. Mutilations génitales féminines et droit d'asile, quelle protection? RDE N° 153 [Online]. Association pour les droits des étrangers; 2009 [cited 2009 Dec 10]. Beschikbaar op:
URL:http://www.adde.be/index.php?option=com_content&task=view&id=150
- 2• United Nations High Commissioner for Human Rights. Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [Online]. Geneva; 1999 [cited 2009 Dec 10]. Available from: <http://www2.ohchr.org/english/about/publications/docs/8istprot.pdf>
- 3• Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Excision et Handicap (ExH): Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Rapport final. Parijs: Institut National d'Etudes Démographiques; 2009.
- 4• 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 2008; 13:182-90.
- 5• GGOLFB. Croyances, traditions et délivrances des soins médicaux. Rapport du groupe de travail *Éthique et économie*: Gynécologie-obstétrique et multiculturalité. Brussel; 2009.
- 6• Nationale Raad van de Orde van Geneesheren. Advies van 5 juni 2010: Vluchtelingen, Genitale verminkingen, Beroepsgeheim. Tijdschrift 130, ref a130021 [Online]. Brussel; 2010 [cited 2010 Jul 10]. Beschikbaar op: URL:
<http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/vluchtelingen---genitale-verminking---beroepsgeheim>

Hoofdstuk 7

Kinderen op het spreekuur

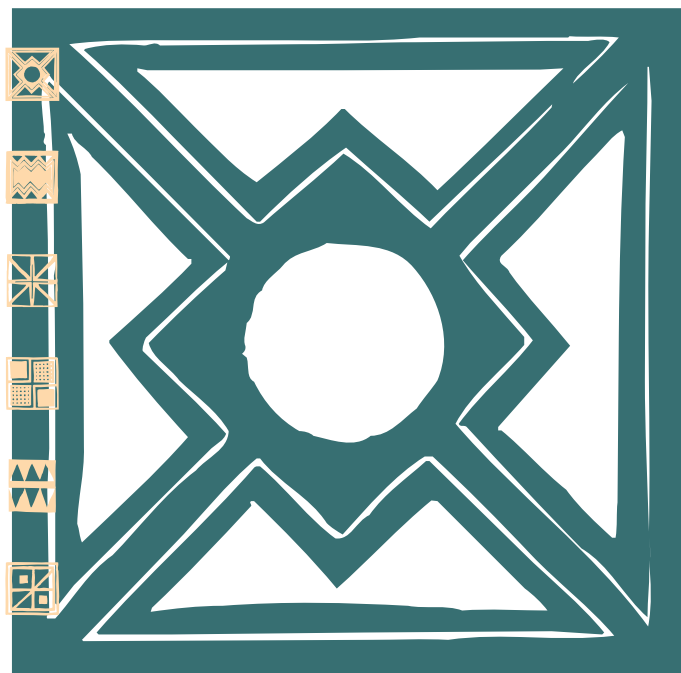
Hoofdstuk

Voor de teams van Kind & Gezin en het
Office de la Naissance et de l'Enfance,
huisartsen, ziekenhuispersoneel op de
dienst pediatrie

Kernpunten

- ☒ Door **meer te weten over de landen en bevolkingsgroepen** die besnijdenis toepassen, kan de preventie toegespitst worden op de risicogroepen.
- ☒ Bij terugkeer naar het land van herkomst tijdens de vakantie moet de gezondheidswerker de **ouders verwittigen over de risico's van VGV ter plaatse**.
- ☒ Indien een **onderzoek van de uitwendige geslachtsorganen nodig blijkt** moet dit steeds gebeuren in het kader van een algemeen klinisch onderzoek.
- ☒ Als een besnijdenis wordt vastgesteld, zijn de hoofddoelen
a) het aanbieden van een correcte **opvolging van het kind** (diagnose en behandeling van de complicaties in een vroeg stadium) en b) **het voorkomen van een VGV bij eventuele jongere zusjes** (preventie).

Hoofdstuk 7



7.1 Onderzoek van het meisje



In het kader van het gewone onderzoek van een baby, geeft de arts advies over hygiëne en verzorging van vulva en huidplooien. De arts kan vaststellen of de externe geslachtsorganen intact zijn (geen misvorming, geen VGV).

Een oude verminking van het type 1 die reeds geheeld is kan onopgemerkt blijven bij een baby, maar een infibulatie (type 3) daarentegen is zeer duidelijk (zie figuur 1 hoofdstuk 1).

Een consult bij een ouder meisje moet tactvol gebeuren door het kind vragen te stellen over een eventueel symptomencomplex. Een meisje dat een VGV onderging, kan klagen over urineproblemen en pijn aan de vulva. Als de verminking recent gebeurd is, kan ze schrik hebben voor het onderzoek dat haar doet terugdenken aan wat ze net heeft meegemaakt. Neem de nodige tijd om haar vertrouwen te winnen.

Sommige aandoeningen van de vulva bij een meisje kunnen, voor een onervaren clinicus, min of meer lijken op de gevolgen van een VGV. Bij twijfel wordt aangeraden om door te verwijzen naar een ervaren collega. De vaakst voorkomende aandoening is het samengroeien van de randen van de kleine schaamlippen, een gevolg van een chronische irritatie van de vulva door een gebrekkige hygiëne (1). De tweede aandoening, die veel minder vaak voorkomt, is lichen sclerosus waarbij de kleine schaamlippen nagenoeg verdwenen zijn en de voorhuid van de clitoris samengegroeid is, met een ophoping van de afscheiding van de talgklieren onder de voorhuid; dit laatste kan verward worden met een epidermale inclusiecyste (zie hoofdstuk 3) (2). Een uitzonderlijk letsel is de strangulatie van de clitoris van de baby door een haartje van de persoon die de baby verzorgt (3). Er zijn ook trauma's van de vulva die kunnen leiden tot de amputatie van de clitoris (3), maar in dit geval stelt de differentiaaldiagnose geen probleem.

7.2 Dialoog met de risicofamilies



Het onderwerp kan aangekaart worden op belangrijke momenten:

- ☒ bij het eerste onderzoek van de pasgeborene;
- ☒ bij elk eerste contact met het kind;
- ☒ als de ouders verklaren op vakantie te gaan naar het land van herkomst;
- ☒ tijdens het laatste preventief onderzoek.

Het is belangrijk dat medische en sociale professionelen weten in welke landen het risico het grootst is (zie kaart in hoofdstuk 1). Op die manier kunnen ze preventief werken bij een doelgroep die *een reëel risico* loopt en een dialoog aangaan met de betrokken families. U kunt folders uitdelen over VGV en de risico's ervan uitleggen aan ouders die afkomstig zijn uit een land waar VGV wordt toegepast (4).

Het is belangrijk om de ouders duidelijk te maken dat het kind nu gezond is. U zou kunnen zeggen: *"Uw dochtertje is niet besneden, dat is perfect voor haar gezondheid!"*

Tijdens het gesprek moet u eraan herinneren dat elke vorm van VGV:

- ☒ heel pijnlijk en gevaarlijk is voor het kind, en zelfs de dood voor gevolg kan hebben;
- ☒ verboden is door de Belgische wet.

Het kan gebeuren dat u tijdens het gesprek vaststelt dat de volwassenen die verantwoordelijk zijn voor het kind het niet eens zijn: *"Ik wil niet dat mijn dochter besneden wordt, maar de moeder van mijn man wil dat wel"* of *"Mijn zus zegt dat dit beter is voor haar, ..."*

Het gebruik van VGV is gebaseerd op diverse overtuigingen die misschien naar voren gebracht worden door de ouders (zie hoofdstuk 2). U kunt de ouders doorverwijzen naar verenigingen die hun vragen over de traditie en het gebruik van VGV kunnen beantwoorden en die hen kunnen helpen om te weerstaan aan de druk van de familie en de gemeenschap.

GAMS België heeft een procedure uitgewerkt om families te begeleiden die op vakantie gaan naar het land van herkomst (contact met het lokale *Comité national de lutte contre l'excision*, medisch attest overhandigd aan de ouders vóór vertrek ter bevestiging dat de externe geslachtsorganen intact zijn) (4). Deze procedure wil vermijden dat het meisje een verminking riskeert tijdens een verblijf in haar oorspronkelijke gemeenschap. De arts die het meisje op consultatie krijgt, kan dit attest opstellen op verzoek van de ouders.

7.3 Houding bij een vaststelling



Als u tijdens een onderzoek vaststelt dat het kind al besneden is, moet u elk gedrag en elke houding vermijden die de dialoog met de ouders zou kunnen verbreken.

U moet aan de hand van de voorgeschiedenis proberen vast te stellen op welke leeftijd en in welke omstandigheden dit gebeurd is. Het hoofddoel is om een opvolging van het kind voor te stellen (diagnose en behandeling van de complicaties in een vroeg stadium) en om een VGV bij eventuele jongere zusjes te voorkomen (preventie).

In dit kader kunt u contact opnemen met een multidisciplinair team waarmee u gewoonlijk samenwerkt (zie adressen in hoofdstuk 13). U kunt contact met hen opnemen om een situatie te melden, maar ook om advies te vragen.

Het multidisciplinaire team zal de situatie, de oorzaken en de gevolgen evalueren en ervoor zorgen dat het kind omringd wordt met de nodige zorgen. Het team zal het kind en haar omgeving begeleiden tijdens de behandeling en de heropbouw van een veilige familieband waarin het kind zich optimaal kan ontwikkelen. ☒

Referenties

- 1• Amy JJ., Mucocutane pathologie van de genitaliën bij het jonge meisje. Tijdschrift voor Geneeskunde, 2004;60:1048-57.
- 2• Amy JJ., Bourgain C. Vulvaire lichen sclerosus in woord en beeld. Tijdschrift voor Geneeskunde, 2004;60:27-36.
- 3• Amy JJ., Trauma van de vulva bij het jonge meisje. In Slager E. Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2009. Haarlem: DCHG; 2009. pp. 126-31.
- 4• GAMS België. Pas d'excision pour ma fille - Geen besnijdenis voor mijn dochter. Folder nationale campagne 2008. Brussel; 2008.

Hoofdstuk 8

Opvang- structuren voor kinderen

Hoofdstuk

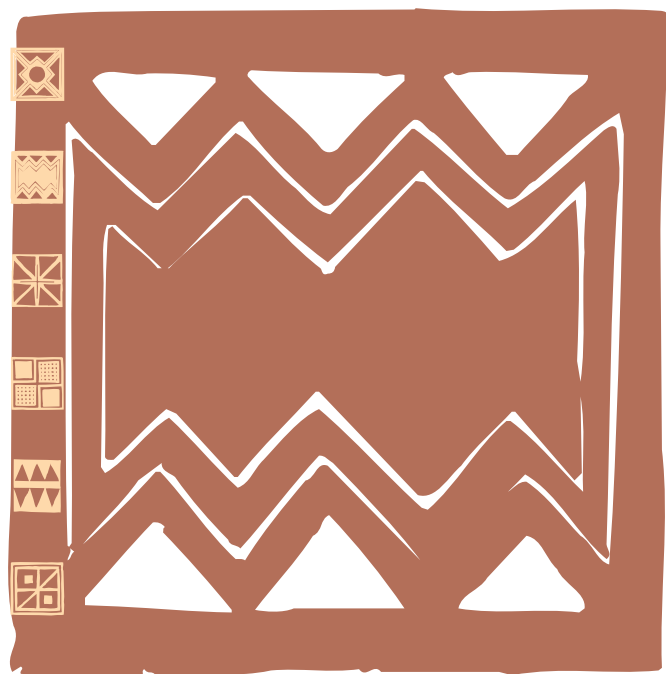
Voor professionals in structuren
voor kinderopvang
(kinderdagverblijven, crèches, ...)

Kernpunten

- Bij de **routineverzorging** bij baby's en meisjes jonger dan drie jaar (verversen van de luier, toilet), **kan een kinderverzorgster onregelmatigheden aan de vulva opmerken** die het gevolg kunnen zijn van een recente excisie of een infibulatie.
- Bij **twijfel** of bezorgdheid kan het personeel van een crèche, kinderdagverblijf of een onthaalouder **contact opnemen met de huisarts, een vertrouwensarts of één van de gespecialiseerde centra.**



Hoofdstuk 8





Professionelen die werken in opvangstructuren voor kinderen jonger dan drie jaar spelen een heel belangrijke rol in de preventie of opsporing van VGV. Ze komen immers dagelijks in contact met de kinderen en kunnen eventueel een recent geval van VGV opmerken.

Het is belangrijk dat de personeelsleden in de kinderopvang weten welke de risicolanden zijn (zie kaart in hoofdstuk 1). Op die manier kunnen ze, samen met een team van K&G of ONE, gericht preventief werken en een dialoog aangaan met de betrokken families. Ze kunnen folders uitdelen over VGV aan de ouders die afkomstig zijn uit landen waar VGV wordt toegepast (1).

Bij de routineverzorging (verversen van de luier, toilet), kan een kinderverzorgster onregelmatigheden aan de vulva opmerken die het gevolg kunnen zijn van een recente excisie of infibulatie:

- bloedverlies;
- wonde aan de vulva;
- pijn bij het plassen;
- pijn tijdens de verzorging;
- gedragsverandering bij het kind.

Opgelet, deze symptomen kunnen ook een andere oorzaak hebben, zoals een infectie of gewone luieruitslag.

Bij twijfel of bezorgdheid kan het personeel van een crèche, kinderdagverblijf of een onthaalouder contact opnemen met een arts en eventueel ook met het team van K&G of ONE of een gespecialiseerd centrum. ■

Referenties

- 1 • GAMS België. Pas d'excision pour ma fille - Geen besnijdenis voor mijn dochter. Folder nationale campagne 2008. Brussel; 2008.

Hoofdstuk 9

School

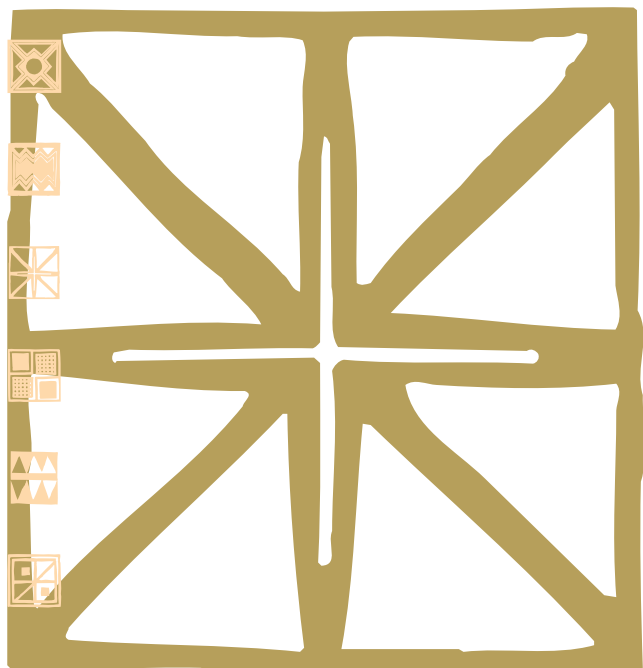
Hoofdstuk

Voor de teams van de Centra voor
Leerlingenbegeleiding (CLB), de *Services de
promotion de la santé à l'école* (PSE), de
Centres psycho-médico-sociaux (PMS) en de
leerkrachten

Kernpunten

- ✘ Leerlingen kunnen **signalen geven** die wijzen op VGV.
- ✘ De professionals van het CLB en PSE/PMS kunnen, in een **privégesprek** met de meisjes (tijdens een wettelijk opgelegd medisch onderzoek), **de kwestie aankaarten** en, indien nodig, de meisjes **doorverwijzen** naar een vereniging of een arts.
- ✘ Leerkrachten of CLB/PSE-teams die de **problematiek van VGV willen bespreken** met de leerlingen, moeten zich **goed voorbereiden** en kunnen **hulp vragen** aan verenigingen die op het terrein samenwerken met de jongeren (zie lijst in hoofdstuk 13).

Hoofdstuk 9



9.1 Waarschuwingssignalen



Een goede kennis van de problematiek kan de teams van het CLB, PSE/PMS helpen om slachtoffers of potentiële slachtoffers van VGV te helpen.

Signalen die in verband kunnen worden gebracht met een VGV (1):

- ✘ moeilijk kunnen plassen; sommige geïnfibuleerde meisjes kunnen 15 tot 20 minuten nodig hebben om hun blaas te ledigen en moeten hiertoe op hun onderbuik drukken. Het kan gebeuren dat zij vaak vragen om naar het toilet te mogen en lang op het toilet zitten;
- ✘ pijnlijke maandstonden (vooral voor geïnfibuleerde meisjes) zodat zij twee of drie dagen per maand in bed moeten blijven. Daardoor is de leerlinge herhaaldelijk afwezig, vaak zonder een medisch attest (jonge meisjes hebben schrik of geen geld om elke maand naar de dokter te gaan);
- ✘ pijn aan het litteken, schrik om bepaalde bewegingen te maken: sommige meisjes weigeren om deel te nemen aan bepaalde sportactiviteiten (fietsen, springen, atletiek,...);
- ✘ een plotse gedragswijziging, een gebrek aan concentratie, een daling van de schoolresultaten kunnen het gevolg zijn van een recente VGV. Het meisje weet dat ze hierover niet kan praten met haar vriendinnen, die niet zouden begrijpen wat haar overkomen is;
- ✘ een leerlinge die niet terugkomt na een schoolvakantie (terugkeer naar het land voor VGV of een gedwongen huwelijk), onverklaarbare lange afwezigheid.

Als u weet in welke landen VGV wordt toegepast (zie kaart in hoofdstuk 1) wordt u opmerkzamer en kunt u een verband leggen tussen de herkomst van de meisjes en de bovenvermelde signalen. Opgelet, de meeste gedragingen houden niet specifiek verband met VGV en kunnen tal van andere redenen hebben.

De verplichte medische onderzoeken in het kader van de bevordering van de gezondheid op school (2,3) zijn de enige medische onderzoeken die voor iedereen voorzien zijn tussen de leeftijd van 2,5

en 16 jaar. De professionals van het CLB en PSE/PMS kunnen dus een belangrijke rol spelen in de preventie van VGV. Ze kunnen de kwestie aankaarten in het kader van de verplichte medische onderzoeken en, indien nodig, de meisjes doorverwijzen naar een vereniging of een arts die ervaring heeft op het vlak van VGV. Als het personeel het tijdens deze onderzoeken te druk heeft en dit niet het ideale moment is voor een gesprek, kan het aangewezen zijn om een andere afspraak te plannen met de leerlinge om meer tijd te kunnen maken voor het gesprek.



Idille is een Somalisch meisje van 15 jaar. Op haar zevende heeft ze een infibulatie ondergaan. Ze is naar België gekomen toen ze 10 was. Ze lijdt onder de fysieke gevolgen (pijnlijke maandstonden waardoor ze lang thuis moet blijven en drie dagen pijnstillers moet nemen). Om die reden is ze meerdere dagen ongewettigd afwezig geweest op school, want ze heeft geen geld om elke maand naar de dokter te gaan. Tijdens de turnlessen kan ze bepaalde bewegingen niet maken, zoals de spreidzit, omdat die te veel pijn doen. Ze durft er niet over te praten met haar leerkrachten. Ze is nu van school gestuurd omwille van ongewettigde afwezigheid.

9.2 Met de leerlingen over VGV praten



De kwestie van VGV kan in de klas besproken worden tijdens de lessen filosofie of biologie, net als gedwongen huwelijken of eerwraak.

Toch is dit een heel delicate kwestie om in de klas te bespreken, want meisjes die zelf besneden zijn, kunnen het moeilijk krijgen met de reacties van hun klasgenoten.

Daarom enkele tips (1):

- ✘ goede voorbereiding van de leerkracht of het CLB/PSE-team vooraleer dit onderwerp wordt besproken;
- ✘ bij voorkeur eerst met de betrokken meisjes praten (als die bekend zijn) om te bekijken hoe dit onderwerp best aangekaart wordt;
- ✘ hulp vragen aan verenigingen die strijden tegen VGV en gewend zijn om dit te bespreken in scholen (zie lijst in hoofdstuk 13);
- ✘ materiaal gebruiken aangepast aan jongeren (videoreeks van Pharos [distributie: www.pharos.nl], strip van GAMS België: *Diariatou face à la tradition, ...*). ✘

Referenties

- 1 • Danish National Board of Health. Teachers (hoofdstuk 6). In Prevention of female circumcision. Albertslund (Denmark): Sundhedsstyrelsen; 2000. pp 44-9.
- 2 • Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 13 juni 2002 waarbij wordt geregeld hoe dikwijls, volgens welke inhoud en op welke wijze de check-ups worden verricht, met toepassing van het decreet van 20 december 2001 betreffende de gezondheids promotie op school.
- 3 • Besluit van de Vlaamse Regering van 3 september 2009 ter vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding, bij toepassing van het decreet van 3 juli 2009.

Hoofdstuk 10

Zwangerschap en bevalling

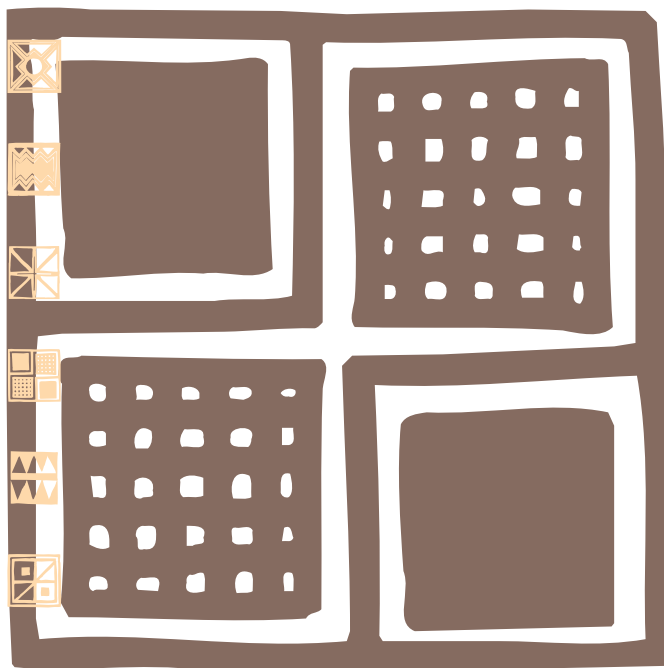
Hoofdstuk

Voor vroedvrouwen
en gynaecologen

Kernpunten

- De **begeleiding** bij de bevalling van een patiënte met VGV moet **besproken en gepland** worden vanaf de eerste prenatale raadplegingen om de vrouw en haar omgeving voor te bereiden.
- Er moet **zo veel mogelijk informatie genoteerd worden in het dossier** zodat de vrouw haar verhaal niet telkens opnieuw moet vertellen.
- Zonder correcte begeleiding **lopen geïnfibuleerde vrouwen meer risico op complicaties** tijdens de zwangerschap of de bevalling.
- Aan vrouwen die geen vaginaal onderzoek kunnen ondergaan omwille van de infibulatie kan voorgesteld worden om **in het tweede trimester van de zwangerschap een desinfibulatie** te ondergaan onder een korte algemene verdoving of een lumbale anesthesie.
- De **desinfibulatie** kan gebeuren op het ogenblik van de **uitdrijving** als vaginale onderzoeken wel mogelijk zijn tijdens de weeën.
- Een **herinfibulatie** van de patiënte na de bevalling kan **strafrechtelijk vervolgd** worden (zie hoofdstuk 4).

Hoofdstuk 10



10.1 Problemen tijdens de zwangerschap en de bevalling



Vooraf geïnfibuleerde vrouwen kampen met deze problemen. De ernst hangt af van de grootte van de vulvaopening, de pariteit van de vrouw en de elasticiteit van het litteken (1,2).

Tijdens de zwangerschap

-  vaginaal onderzoek, het speculum inbrengen en uitstrijkjes nemen is moeilijk en soms onmogelijk;
-  retentie van weefsel bij een miskraam; moeilijke instrumentele ontsluiting van de baarmoederhals, en moeilijke curettage.

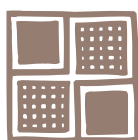


Tijdens de weeën en de bevalling (van een vrouw die niet eerst gedesinfibuleerd is)

-  het verrichten van een vaginaal onderzoek, het beoordelen van de ontsluiting en de ligging, het aanbrengen van elektrodes op de schedelhuid van de foetus, het meten van de pH van de foetus en het sonderen van de blaas zijn moeilijk of onmogelijk.
-  de foetus kan niet indalen omdat de vulva afgesloten is. Hierdoor kan de baby in nood komen, sterven in utero en dit kan leiden tot ischemische necrose van de samengedrukte weefsels bij de moeder en de vorming van vesico-vaginale of recto-vaginale fistels, uterusruptuur, doorscheuring van het perineum (soms gecompliceerd door letsels aan het rectum), bloedingen bij de bevalling of de moeder kan zelfs overlijden. Als de verloskundige niet weet dat er een desinfibulatie moet worden uitgevoerd, kan hij/zij, ten onrechte, een keizersnede uitvoeren. Veel vrouwen weigeren die optie want een niet-vaginale bevalling is in hun cultuur onaanvaardbaar (1,3).



10.2 Opvolging van de zwangerschap



Een vrouw die een VGV heeft ondergaan, moet eerst onderzocht worden om na te gaan welk type van verminking ze heeft en wat de omvang is van de vulvaopening.

Zo kan geanticipeerd worden op eventuele complicaties bij de bevalling en kan de correcte begeleiding bepaald worden. Dit onderzoek is wellicht pas mogelijk na een eerste goed contact en de opbouw van een vertrouwensband. De vaststellingen moeten zorgvuldig genoteerd worden in het dossier van de patiënte om herhaaldelijke onderzoeken te vermijden (1,2).



Lijst van specifieke problemen bij geïnfibuleerde vrouwen genoteerd tijdens prenatale raadplegingen (4).

Op lichamelijk vlak

-  groter risico op urine-infecties;
-  onvoldoende gewichtstoename (vrees om een zware baby te krijgen);
-  bloedarmoede (weigering om ijzer in te nemen, voedingsta-boes tijdens de zwangerschap wederom om de geboorte van een te zwaar kind te voorkomen).

Op psychologisch vlak

-  angst voor de reactie van de professionele zorgverlener op de infibulatie;
-  angst voor het gebruik van instrumenten tijdens het onderzoek (speculum);
-  angst om een onaangepaste behandeling te krijgen (zoals een keizersnede) omdat de arts niet gewend is om voor geïnfibuleerde vrouwen te zorgen;
-  angst voor de pijn tijdens de bevalling en het postpartum (herinnering aan de pijn van de infibulatie).

Uitleg moet worden verschaft over wat de desinfibulatie inhoudt. De patiënte dient, met veel tact en geduld, overtuigd te worden dat het belangrijk is om opnieuw een voldoende grote opening te creëren zodat geslachtsgemeenschap mogelijk is en urine en menstruatiebloed weer ongehinderd kunnen wegvloeien. De nadruk zal worden gelegd op de schadelijke gevolgen die de infibulatie heeft voor de gezondheid, zonder de sociaal-culturele context te veroordelen. Anatomische tekeningen van normale, geïnfibuleerde en gedesinfibuleerde vulva's en de hulp van een tolk kunnen heel nuttig zijn (zie hoofdstuk 5). Het thema van de herinfibulatie moet met de vrouw en haar partner worden besproken, om dit niet voor de eerste keer net na de bevalling te moeten doen, wat een serene behandeling van deze materie zou kunnen belemmeren.

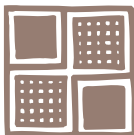
Aan vrouwen die geen vaginaal onderzoek kunnen ondergaan omwille van de infibulatie kan voorgesteld worden om tijdens de zwangerschap een desinfibulatie te ondergaan onder een korte algemene verdoving of een lumbale anesthesie. Dit gebeurt best in het tweede trimester, want dan is er minder risico op een spontane vruchtafstoting.

De wonde van de desinfibulatie dient genezen te zijn op het moment van de bevalling. Een desinfibulatie uitgevoerd in het eerste trimester, enige tijd later gevolgd door een miskraam zou - hoewel er absoluut geen oorzakelijk verband bestaat - door de vrouw als door haar omgeving toch beschouwd kunnen worden als de oorzaak van deze complicatie. Zij zouden dit kunnen zien als een straf omdat ze een voorouderlijke traditie hebben geschonden en de miskraam zelfs zien als een bewijs *a contrario* van het heilzame effect van de genitale verminking op de vruchtbaarheid van de vrouw.

Een andere benadering is mogelijk als de resterende vulvaopening na infibulatie voldoende groot is om een vaginaal onderzoek te doen bij de patiënte. In dat geval kan de desinfibulatie uitgesteld worden tot de uitdrijving van de baby (5). Zo wordt een ingreep tijdens de zwangerschap vermeden.

10.3 Bevalling

Als dat niet eerder gebeurd is, moeten het type van VGV en de vaginale opening bepaald worden bij de opname en moet het verloop van de bevalling besproken worden.



Eerstbarenden

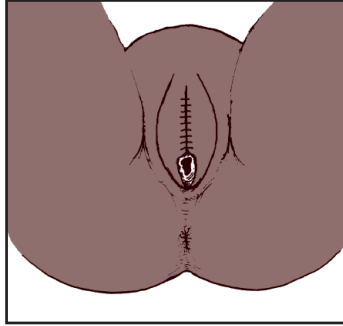
- Bij een eerste bevalling van een geïnfibuleerde vrouw moet altijd een voorste incisie gemaakt worden (1,2) en later eventueel een episiotomie. Men mag zich niet beperken tot een episiotomie omdat het litteken vooraan dan zou kunnen scheuren;
- Er kan voorgesteld worden om een desinfibulatie te doen tijdens de arbeid, onder epidurale anesthesie, aan vrouwen met een vaginale opening die zo klein is dat een vaginaal onderzoek niet mogelijk is en de voortgang in de baring niet bepaald kan worden. De randen van de incisie worden uiteraard gehecht nog voor de bevalling;
- Bij patiënten bij wie een vaginaal onderzoek wel mogelijk is, kan gewacht worden tot de uitdrijving om een desinfibulatie uit te voeren. Zodra het hoofdje tot bij het perineum is ingedaald, zal de voorste incisie onder lokale verdoving worden verricht (als de patiënte nog geen epidurale anesthesie heeft gekregen).

E Een desinfibulatie is een relatief eenvoudige ingreep. Men brengt eerst een vinger in, via de opening, tot onder het litteken van de infibulatie. Het litteken wordt dan op de mediaanlijn vertikaal geïncideerd tot net voorbij de monding van de urethra (afbeeldingen 1 en 2). Het is raadzaam om niet verder te snijden want dat zou kunnen leiden tot een moeilijk te stelpen bloeding en dit maakt toch niet meer plaats om het hoofdje te ontwikkelen (6). Het is belangrijk om de meatus urethrae en de clitoris niet te kwetsen; de clitoris kan inderdaad, in zeldzame gevallen, zelfs bij ernstige vormen van infibulatie, nog aanwezig zijn. Een incisie van 3 à 6 cm in de richting van de urinebuis is gewoonlijk voldoende. Het littekenweefsel is niet rijkelijk voorzien van bloedvaten en bloedt niet veel. Zoals vermeld wordt een episiotomie pas in tweede instantie uitgevoerd, indien nodig.

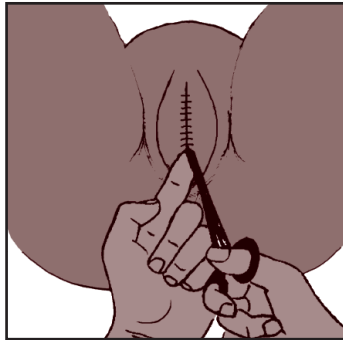


Multipara's

Zodra het voorliggend deel tot tegen het perineum is ingedaald, wordt bepaald of een voorste incisie vereist is. De rekbaarheid van het littekenweefsel kan sterk variëren en vraagt om een individuele evaluatie.



Afbeelding 1
Geïnfibuleerde vulva (type 3)



Afbeelding 2
Desinfibulatie
(voorste incisie)



Afbeelding 3
Hemostasepunten
na desinfibulatie

Bronnen: tekeningen van illustratrice Clarice op basis van de schetsen van Fabienne Richard

De wondranden ter hoogte van de stompen van de grote schaamlippen worden genaaid met hemostatische hechtingen van resorbeerbare draad (met aparte hechtingen of een overhandse hechting) om te vermijden dat de schaamlippen opnieuw zouden vergroeien (afbeelding 3). De patiënte moet geïnformeerd worden over de veranderingen aan de vulva die een invloed zullen hebben op het plassen, de maandstonden en de geslachtsgemeenschap na de desinfibulatie.

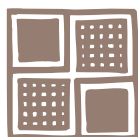


Het medisch personeel kan geconfronteerd worden met een vraag om herinfibulatie, tijdens of na de bevalling. Dit gebeurt in de landen van herkomst van de vrouwen, maar de medische ethiek in België laat dit niet toe. Hoewel artikel 409 van het Strafwetboek over VGV herinfibulatie niet uitdrukkelijk verbiedt, kan dit wel zo geïnterpreteerd worden. Men kan in elk geval artikel 400 van het Belgisch strafwetboek aanhalen, dat slagen en verwondingen bestraft, om een herinfibulatie te weigeren.

De postoperatieve verzorging verschilt nauwelijks van de klassieke zorg die na elke bevalling wordt toegediend. De vulva moet meermaals per dag gewassen worden. Er dient op gelet te worden dat de stompen van de grote schaamlippen niet vergroeien. Vaselinegaas kan na de desinfibulatie op de wonden worden aangebracht.

Na de desinfibulatie stromen de urine en het menstruatiebloed weer normaal, maar de psychologische schade en de problemen met seksualiteit veroorzaakt door de verminking blijven bestaan. Psychologische ondersteuning op langere termijn kan nodig zijn, wanneer vrouwen over de veranderingen die zullen optreden niet willen of kunnen praten op het ogenblik van de desinfibulatie. Het is aangegeven de gegevens te bezorgen van verenigingen of sociale instellingen die hulp en advies kunnen geven aan deze vrouwen die vaak ook met andere problemen kampen (asielaanvraag, analfabetisme, isolement, ...).

10.4 Preventie van VGV bij de dochters van de patiënte



De prenatale consultaties, die plaatsvinden voor de drukte en stress die gepaard gaan met een bevalling, zijn het ideale moment om te spreken over de toekomst van het ongeboren meisje, en om de vrouw en haar echtgenoot te counselen zodat zij zich kunnen verzetten tegen elke vorm van VGV bij hun dochter.

VGV is geen eenvoudig onderwerp om ter sprake te brengen, niet voor de besneden vrouw die niet gewend is om met een vreemde over haar privéleven en haar seksualiteit te praten, en niet voor de professionele zorgverlener die zich niet altijd klaar voelt voor dit gesprek. Men moet woorden kiezen die niet shockerend overkomen. Spreek niet over *verminking*, maar over *besnijdenis* of *infibulatie*; sommige vrouwen zeggen dat ze *gesloten* of *genaaid* zijn (zie hoofdstuk 5).

De arts of de vroedvrouw kan de vrouw doen inzien dat er een verband is tussen de complicaties die zich voor of tijdens de zwangerschap hebben voorgedaan en de verminking die ze heeft ondergaan (moeilijk kunnen plassen, vele urine-infecties, ...) en het dan geleidelijk hebben over de toekomst van het dochttertje dat op komst is of haar oudere zussen. De vrouw en haar echtgenoot zullen eraan worden herinnerd dat VGV pijnlijk en gevaarlijk is voor het kind, dat dit gebruik niet opgelegd wordt door de godsdienst en dat het verboden is door de Belgische wet (zie hoofdstuk 2 en 4). ■

Referenties

- 1• Denholm N. Female genital mutilation teaching component. Auckland (New Zealand): New Zealand FGM Education Programme; 1998.
- 2• Richard F, Daniel D, Ostyn B, Colpaert E, Amy JJ. Vrouwelijke genitale verminking: Handleiding voor bij de bevalling. Technisch advies voor gezondheidspersoneel. Brussel: Ministerie van Volksgezondheid; 2000.
- 3• Henrion R. Mutilations génitales féminines, mariages forcés et grossesses précoces. Bull Acad Natle Med 2003;187/6:1-9.
- 4• Danish National Board of Health. Prevention of female circumcision. Albertslund (Denmark): Sundhedsstyrelsen; 2000.
- 5• Rouzi AA, Aljhadali EA, Amarin ZO, Abduljabbar HS. The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. Br J Obstet Gynaecol 2001; 108:949-951.
- 6• WHO. Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Report of a WHO Technical Consultation Geneva, 15-17 October 1997. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2001.

Hoofdstuk 11

Verzorging van genitale wonden en reconstructie van de clitoris

Hoofdstuk

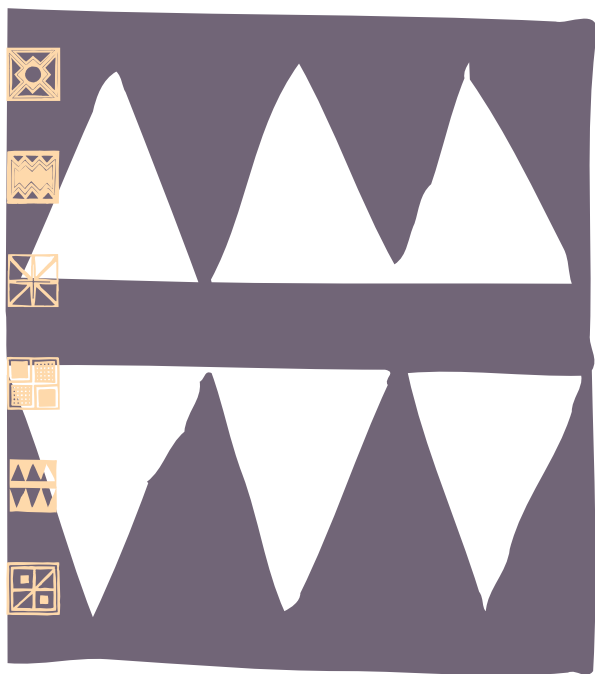
Voor artsen

Kernpunten

- Uitgezonderd de *reconstructie* van de clitoris en de hechting van een vesico- of recto-vaginale fistel, zijn de **chirurgische ingrepen ter behandeling van de gevolgen of complicaties van VGV technisch eenvoudig**. Ze worden kort beschreven in dit hoofdstuk.
- **Veel patiënten kiezen voor een algemene verdoving** uit schaamte of uit vrees om het trauma van de verminking te herbeleven.
- Dr. Pierre Foldes heeft een **techniek ontwikkeld om de clitorisstomp naar beneden te halen**. Een aantal van de aldus geopereerde patiënten melden een verbetering van hun seksleven. Op dit ogenblik is het nog moeilijk na te gaan in hoeverre deze verbetering te wijten is aan een herstel van de functie van de clitoris, aan de desinfibulatie, aan de verwijdering van littekenweefsel of aan de verwijding van de vaginale opening. Mogelijk is zij het gevolg van de verbetering opgetreden in het lichaamsbeeld van de vrouw (zich helemaal vrouw voelen).



Hoofdstuk 11



Vrouwen ondergaan meestal lijdzaam de gevolgen en complicaties van VGV. De vrouwen in kwestie kunnen hier immers moeilijk over praten. Net als bij andere inbreuken op de fysieke en psychologische integriteit is het, binnen de relatie tussen het medisch personeel en deze patiëntes, essentieel om een vertrouwensrelatie op te bouwen, gebaseerd op empathie, troost en respect.

Uitgezonderd de reconstructie van de clitoris en de hechting van een vesico- of recto-vaginale fistel, zijn de chirurgische ingrepen ter behandeling van gevolgen of complicaties van VGV eenvoudig. Ze zijn redelijk goed beschreven in de literatuur. De meest uitgevoerde ingreep is een desinfibulatie (zie hoofdstuk 10). Andere ingrepen worden uitgevoerd voor vergroeide kleine schaamlippen, neuroma's in de dorsale zenuw van de clitoris, epidermale inclusiecytes, keloïden en de afsluiting van het distale deel van de vagina door littekenweefsel.

De patiënte moet haar weloverwogen toestemming geven voor elk van deze chirurgische ingrepen. Om zeker te zijn dat de ingreep aan haar verwachtingen voldoet, moet ze geïnformeerd worden over wat de ingreep kan bereiken, vooral wat haar seksleven betreft.



11.1 Anesthesie



Omdat de ingrepen die hier besproken worden zo eenvoudig zijn, kunnen de meeste in principe uitgevoerd worden onder lokale verdoving. Toch moet rekening worden gehouden met het feit dat veel vrouwen niet bij bewustzijn willen zijn tijdens de ingreep. Ze kiezen voor een algemene anesthesie om culturele redenen (schaamte, schroom) en omwille van de zeer pijnlijke herinneringen die ze overhouden aan hun verminking.

Deze keuze wordt ingegeven door hun terughoudendheid om zich te tonen aan anderen in de operatiezaal en door hun vrees om het trauma te herbeleven dat de besnijdsters hen heeft bezorgd (1). Onder lokale of epidurale anesthesie kunnen de aanrakingen ter hoogte van de geslachtsorganen leiden tot flashbacks (2).

Daarom wordt heel vaak gekozen voor narcose (1,2). Zelfs in dit geval kan het nodig zijn om de weefsels lokaal te verdoven. Op die manier ondervindt de patiënte minder hinder na de operatie. Het gebruik van een vaatvernauwend middel zoals adrenaline is niet noodzakelijk (1).

11.2 Chirurgische behandeling van de laesies



11.2.1 Vergroeide stompen van de kleine schaamlippen

Na excisie

In tegenstelling tot een vergroeiing omwille van een chronische irritatie van de vulva bij een prepuberaal meisje, wordt bij een *pseudoinfibulatie* (vergroeiing van de stompen van de kleine schaamlippen bij de wondgenezing na een excisie) geen zalf met een oestrogeen aangebracht. De vergroeiing wordt over de hele lengte geïncideerd, enkele hemostatische hechtingen worden op de snijranden geplaatst, en de schaamlippen worden uit elkaar gehouden, bijvoorbeeld met vaselinegaas, tot volledige genezing is opgetreden.

11.2.2 Afsluiting van het distale deel van de vagina

Complicatie bij excisie, infibulatie of type 4 van de WGO

Een litteken dat verhindert dat vaginale afscheidingen en menstruatiesbloed kunnen wegvloeien moet met de grootste voorzichtigheid en eventueel onder echografisch toezicht verwijderd worden.

11.2.3 Neuroma in de dorsale zenuw van de clitoris

Alle vormen van VGV waarbij de clitoris werd verwijderd

Het doorsnijden van de dorsale zenuw van de clitoris en de druk uitgeoefend door het littekenweefsel op die zenuw kunnen leiden tot

een wildgroei van zenuwvezels en in het ergste geval tot de groei van een pijnlijke tumor. Een neuroma kan een diameter van enkele centimeters hebben. De behandeling bestaat erin het neuroma te verwijderen (3).

11.2.4 Epidermale inclusiecyste

Alle vormen van VGV

Een kleine cyste die niet hinderlijk is, hoeft niet noodzakelijk verwijderd te worden. Men zal rekening houden met de locatie van de cyste en de iatrogene gevolgen van een chirurgische ingreep op reeds beschadigde weefsels (4). Bij een grote (er zijn gevallen bekend van cystes met een diameter van 15 cm) (5) of ontstoken cyste moet een marsupialisatie uitgevoerd worden. Hiertoe wordt met een scalpel een verticale incisie gemaakt in de huid die de cyste bedekt en in de wand van de cyste, zoals wordt gedaan voor een cyste van de afvoergang van de klier van Bartholin. Deze operatie is bedoeld om de cyste definitief open te leggen. Enucleatie van de cyste (6) is niet wenselijk: die operatie duurt langer, veroorzaakt een groter chirurgisch trauma en is niet doeltreffender dan een marsupialisatie.

11.2.5 Keloïd

Alle vormen van VGV

Keloïden zijn moeilijk te behandelen. Een verwijderd keloïd komt immers vaak weer terug na het chirurgisch trauma. Het is dus essentieel om dit risico zoveel mogelijk te reduceren. Na de operatie kan littekenvorming tegengegaan worden door het lokaal aanbrengen van een corticosteroïde (4).

11.2.6 Fistel

Complicatie bij infibulatie en type 4

De behandeling van fistels kan hier niet in detail beschreven worden; de chirurg moet zich in deze behandeling hebben bekwaamd. Bij eenvoudige gevallen bedraagt de slaagkans 90 %. Bij complexe gevallen ligt dit percentage dichterbij 60 %. De postoperatieve verzorging moet twee weken of langer duren om een infectie te voorkomen en een duurzaam resultaat van de ingreep te garanderen. Ook psychologische begeleiding is aangewezen om het trauma te verwerken en de sociale integratie van de patiënte te vergemakkelijken. Er wordt aangeraden om bij elke latere zwangerschap een keizersnede uit te voeren.

11.3 Reconstructie van de clitoris



Deze techniek is geen echte reconstructie van dit orgaan na VGV. Het gaat in feite om een verlaging van de clitorisstomp (7).

De techniek wordt momenteel toegepast in enkele ziekenhuizen in Frankrijk, Spanje, Burkina Faso en Egypte (8,9). De huid over het distale uiteinde van de clitorisstomp wordt weggesneden; de clitoris wordt dan vrijgemaakt uit het omliggende littekenweefsel en het ligamentum suspensorium van de clitoris wordt doorgesneden om de clitoris naar beneden te kunnen halen tot waar de glans clitoridis zich normaal bevindt. Met een steek door het periost en interpositie van de twee musculi bulbocavernosi boven het distale gedeelte van de clitorisstomp wordt verhinderd dat die weer naar omhoog zou trekken. Het bovenste gedeelte van de huidincisie wordt dan in twee lagen gehecht (9).

Tot voor kort hadden slechts twee studies de resultaten van deze ingreep geanalyseerd: die van Thabet in Egypte waarbij 60 reconstructieve ingrepen van de clitoris vergeleken werden met getuigenverklaringen en een studie van Foldes in Frankrijk van 453 besneden vrouwen bij wie een reconstructie van de clitoris werd uitgevoerd (8,9). Volgens de Franse studie zou in 87 % van de gevallen een clitoris massief zichtbaar zijn zes maanden na de ingreep. Driekwart van de patiënten meldt een verbetering van de seksuele functie van de clitoris (9). Toch moeten we voorzichtig zijn bij de inschatting van de gevolgen van zowel de VGV als haar behandeling op de seksualiteit bij gebrek aan gegevens over wat *normaal* is in deze materie. De meeste vrouwen werden op heel jonge leeftijd besneden (vooraleer ze seksueel actief werden) en weten dus niet wat ze gevoeld zouden hebben met een intacte clitoris. Veel vrouwen willen geopereerd worden om *hun gevoel van vrouw-zijn te herstellen*. Dit illustreert de grote symbolische waarde en psychologische impact van de ingreep en het is moeilijk in te schatten in welke mate de ingreep zelf ervoor zorgt dat sommige vrouwen zich achteraf *beter voelen*. Het is niet ondenkbaar dat ook andere aspecten van de behandeling hierbij een grote rol spelen (gesprekken met de psychologe en seksuologe, een luisterend oor, empathie).

Om deze ingreep ten gronde te kunnen evalueren, zou er een prospectief, doordacht en gecontroleerd onderzoek gevoerd moeten worden.

Volgens een Franse chirurg die deze ingreep uitvoert, verwachten veel besneden vrouwen dat ze na de ingreep weer intacte geslachtsdelen zullen hebben, wat onmogelijk is. In een aantal gevallen is er een lichte, esthetische verhevenheid op de plaats waar de clitoris werd vrijgemaakt, in andere gevallen zien de geslachtsdelen er nagenoeg hetzelfde uit als voor de ingreep (10). Door de wondgenezing en de spontane epithelialisatie in de eerste weken wordt de nieuw gevormde glans clitoridis weer naar binnen getrokken. Dr. Foldes, die de techniek bedacht heeft, raadt aan om het uiteinde van de clitoris redelijk groot te laten en mooi aan het oppervlak te brengen om te voorkomen dat het resultaat later ontoereikend zou zijn (9).

Het is ook belangrijk om te benadrukken dat de behandeling van de vrouw die een VGV onderging niet beperkt mag blijven tot de reconstructie van de clitoris. De vrouw die de stap heeft gezet om naar een arts te gaan, moet haar verwachtingen kenbaar kunnen maken en de arts moet haar op een objectieve manier duidelijk maken welke resultaten ze van de operatie mag verwachten. Een gesprek met de leden van het multidisciplinaire team kan ook verhelderend zijn. In het ziekenhuis Trousseau in Parijs beslist uiteindelijk slechts 30 % van de vrouwen om de laatste stap te zetten en zich te laten opereren (11).

De chirurgische behandelingsteams in Frankrijk bestaan gewoonlijk uit de volgende professionelen:

- ☒ vroedvrouw (informatie, uitleg);
- ☒ psycholoog, etnopsychotherapeut (analyse van het trauma);
- ☒ seksuoloog (analyse van de seksuele verwachtingen);
- ☒ verpleger verantwoordelijk voor de antipijncl (behandeling van de postoperatieve pijn);
- ☒ chirurg, anesthesist (chirurgische ingreep).

11.4 Terugbetalingsvoorwaarden van deze behandelingen door het RIZIV-INAMI



Op dit ogenblik worden chirurgische behandelingen voor laesies veroorzaakt door VGV door het RIZIV-INAMI terugbetaald volgens de nomenclatuur vulvoplastiek.

In België bestaat er geen nomenclatuur voor de reconstructie van de clitoris.

De Hoge Gezondheidsraad heeft op 5 augustus 2009 advies uitgebracht aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (11). De Raad raadt de terugbetaling aan van een begeleiding door een multidisciplinair team, voor en na de ingreep, omdat de psychologische gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen niet hersteld kunnen worden door chirurgie en er een globale begeleiding nodig is.

In afwachting van de terugbetaling door het RIZIV - INAMI moeten vrouwen die zich in Frankrijk willen laten opereren een aanvraag indienen bij de adviserende arts van het ziekenfonds waarbij ze aangesloten zijn. Deze aanvraag zal voorgelegd worden aan de Orde van geneesheren. ☒

Referenties

- 1• Gilbert E (éd.). Female Genital Mutilation: information for Australian health professionals. [Online]. 1997 [cited 2009 Dec 10]: [69 pages]. Beschikbaar op:
URL:<http://www.ranzcog.edu.au/publications/pdfs/FGM-booklet-sept2001.pdf>
- 2• McCaffrey M, Jankowska A, Gordon H. Management of female genital mutilation: the Northwick Park Hospital experience. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:787-90.
- 3• Fernandez-Aguilar S, Noël JC. Neuroma of the clitoris after female genital cutting. Obstet Gynecol 2003;101:1053-4.
- 4• Toubia N. Caring for women with circumcision: a technical manual for health care providers. New York: Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women; 1999. p. 32-5, 38 9.
- 5• Penna C, Fallani MG, Fambrini M, Zipoli E, Marchionni M. Type III female genital mutilation: Clinical implications and treatment by carbon dioxide laser surgery. Am J Obstet Gynecol 2002;187:1550-4.
- 6• Rouzi AA, Sindi O, Radhan B, Ba'aqueel H. Epidermal clitoral inclusion cyst after type I female genital mutilation. Am J Obstet Gynecol 2001;185:569-71.
- 7• Amy JJ, Richard F. Vrouwelijke genitale verminking: diagnostiek en behandeling (2^{de} deel). Gunaïkeia 2009;14:136-40.
- 8• Thabet S, Thabet A. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. J Obstet Gynaecol Res 2003;29:12-9.
- 9• Foldes P, Louis-Sylvestre C. Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas. Gynécologie Obstétrique Fertil 2006;34:1137-41.
- 10• Bellas Cabane C. La coupure - L'excision ou les identités douloureuses. Paris: La Dispute; 2008:181-94.
- 11• Hoge Gezondheidsraad. Reconstructieve heelkunde na excisie van de uitwendige geslachtsorganen of na vrouwelijke genitale verminking (VGV). Hoge Gezondheidsraad, 5 augustus 2009: advies 8430.

Hoofdstuk 12

Verblijf

Hoofdstuk

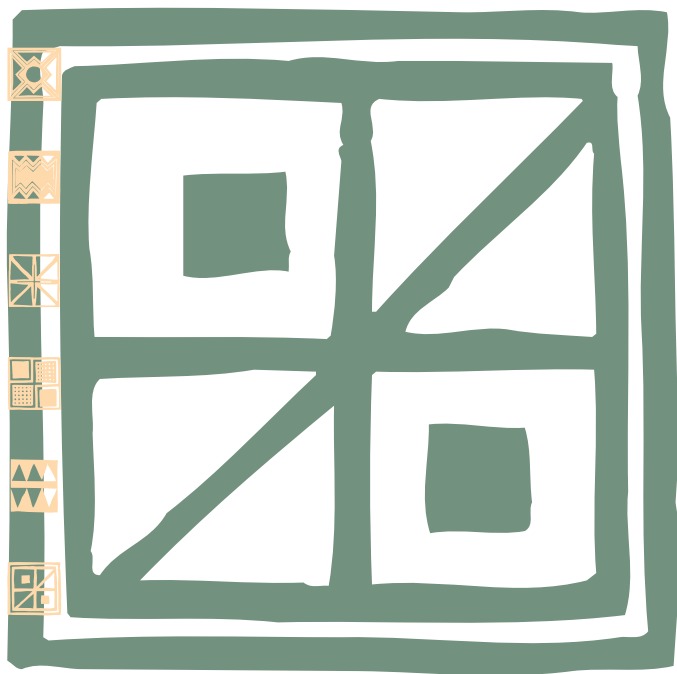
Voor juristen, professionelen in de sector van opvang van asielzoekers of sociale diensten voor vreemdelingen

Kernpunten

- VGK kan aanleiding geven tot de **toekenning van de vluchtelingenstatus**.
- Als de gezondheidstoestand dit rechtvaardigt, kan er een **aanvraag tot verblijfsvergunning** om medische redenen ingediend worden.
- VGK kan, in bepaalde omstandigheden, ook een aanvraag **tot recht op verblijf om humanitaire redenen** rechtvaardigen.



Hoofdstuk 12



12.1 Asiel



Vrees voor een vrouwelijke genitale verminking kan een rechtvaardiging zijn om de vluchtelingenstatus toe te kennen (1,2).

Er zijn tal van situaties mogelijk, zoals:

- ☒ een vrouw of meisje dat vreest verminkt te worden;
- ☒ een vrouw die vreest dat haar dochter verminkt wordt;
- ☒ een vrouw die vreest voor herbesnijdenis of herinfibulatie, eventueel na een chirurgische ingreep;
- ☒ iemand die vreest voor vergelding omdat hij of zij, in werkelijkheid of naar beweerd wordt, tegen besnijdenis is;
- ☒ een vrouw die een genitale verminking heeft ondergaan en daarom vervolgd of gediscrimineerd wordt (3,4,5);
- ☒ een vrouw die zo getraumatiseerd is na een genitale verminking dat zij niet meer naar het land wil terugkeren (6).

Er is geen termijn voor de indiening van een asielaanvraag, hoewel die gewoonlijk best wordt ingediend zo snel mogelijk na de aankomst op het grondgebied of na het ontstaan van de vrees.

Het kan gebeuren dat de vrees aan de basis ligt van de asielaanvraag, meestal gecombineerd met andere redenen om asiel aan te vragen (gedwongen huwelijk, oorlogssituatie, ...). De vrees kan ook pas enige tijd na de komst naar België ontstaan: na een operatie, na de geboorte van een dochter in een familie die bewust gemaakt werd en nu tegen besnijdenis is of nadat iemand zich publiekelijk heeft uitgesproken tegen besnijdenis.

Iemand van wie een eerdere asielaanvraag geweigerd werd, kan opnieuw een aanvraag indienen op voorwaarde dat die een nieuw element bevat (bijvoorbeeld: de geboorte van een dochtertje nadat de familie bewust werd gemaakt waardoor zij nu tegen besnijdenis is, de komst van een intacte dochter, het voorleggen van een identiteitsbewijs als dit eerder in twijfel werd getrokken, een medisch attest ter bevestiging van een desinfibulatie, ...).

De instanties zullen de geloofwaardigheid van een aanvraag tot bescherming geval per geval onderzoeken. Indien mogelijk wordt dus

aangeraden om het dossier aan te vullen met documenten zoals:

-  een medisch attest tot vaststelling van een verminking of van integriteit, of ter bevestiging van een chirurgische ingreep of gezondheidsproblemen;
-  informatie over de situatie inzake VGV in het land of binnen de bevolkingsgroep.

Dergelijke documenten zijn echter niet verplicht. Het Hoog Commissariaat voor de Vluchtelingen (HCR) zegt hieromtrent het volgende: *“De toekenning van de vluchtelingenstatus mag niet onderworpen zijn aan het vertoon van een medisch attest ter bevestiging dat een meisje al dan niet besneden is, vooral omdat medische onderzoeken kunnen leiden tot psychologische problemen bij het kind als die niet op de juiste manier worden uitgevoerd”* (vrije vertaling) (6). Bovendien, hoe ernstiger de gemelde vervolging, hoe groter de verplichting van de instanties om mee te werken aan de bewijslast met alle vereiste begrip en competenties. In sommige gevallen moet het voordeel van de twijfel gegund worden bij de toekenning van de bescherming (4,2).

Het feit dat in bepaalde landen van herkomst vrouwelijke genitale verminking wettelijk strafbaar is, betekent niet dat er geen bescherming kan worden gevraagd. Er moet immers rekening gehouden worden met het vermogen van de staat om deze praktijk een halt toe te roepen.

Het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS) heeft specifieke maatregelen ingevoerd in verband met VGV, met name medische controles (zie hoofdstuk 6).

12.2 Subsidiaire beschermingsstatus

De subsidiaire beschermingsstatus kan toegekend worden aan iemand die vreest voor een onmenselijke en ontierende behandeling bij een terugkeer naar het land van herkomst (1). Vrouwelijke genitale verminkingen vormen uiteraard een onmenselijke en ontierende behandeling. Toch is dit, zoals de naam al aangeeft, een subsidiaire status: het is geen vervanging voor de vluchtelingenstatus die meer bescherming biedt. Daarom moet een aanvraag om bescherming in het kader van vrouwelijke genitale verminking beoordeeld worden als een asielaanvraag.

12.3 Aanvraag tot verblijfsvergunning om medische redenen



Een lichamelijk of psychisch gezondheidsprobleem als gevolg van vrouwelijke genitale verminking kan een aanvraag tot verblijfsvergunning om medische redenen rechtvaardigen (1).

Daarbij moet aangetoond worden dat iemand, door terug te keren naar het land van herkomst, zijn leven of zijn fysieke integriteit zou riskeren of een reëel risico zou lopen op een onmenselijke of ontorende behandeling. Dit houdt in dat het onmogelijk is om in het land van herkomst een gepaste behandeling te krijgen. Er moeten documenten bij het dossier gevoegd worden die deze onmogelijkheid bewijzen (verslagen van internationale mensenrechtenorganisaties, gegevens van de WGO, ...).

De aanvraag moet aangetekend ingediend worden bij de Dienst Vreemdelingenzaken. De aanvrager moet een identiteitsbewijs bijvoegen (in principe een kopie van zijn paspoort of zijn nationale identiteitskaart) of bewijzen dat er geen identiteitsbewijs kan worden voorgelegd (bijvoorbeeld omdat er een asielprocedure loopt).

Ook alle nuttige gegevens over de gezondheidstoestand moeten voorgelegd worden. Er wordt aangeraden om het medisch standaardformulier te gebruiken, beschikbaar op de site van de Dienst Vreemdelingenzaken (www.dofi.fgov.be). De vereniging Medimmigrant heeft een uitgebreider attest opgesteld, beschikbaar op hun site (www.medimmigrant.be).

Er wordt aangeraden om een beroep te doen op een juridische dienst gespecialiseerd in vreemdelingenrecht of op een advocaat om de slaagkansen van een dergelijke aanvraag in te schatten en deze aanvraag op te stellen. Als de aanvraag ontvankelijk wordt verklaard, en na een positieve controle van de woonplaats door de politie, krijgt de persoon een voorlopige verblijfsvergunning in afwachting van een principiële beslissing.

Als een verblijfsvergunning om medische redenen geweigerd wordt, kan beroep aangetekend worden bij de Raad voor Vreemdelingen-

betwistingen binnen een maand na de bekendmaking van de beslissing. De persoon heeft geen verblijfsvergunning tijdens dit beroep en ook niet tijdens het onderzoek van de aanvraag, tot die ontvankelijk wordt verklaard.

Als het recht op verblijf om medische redenen wordt toegekend, is dit zelden definitief vanaf de eerste beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken en moet dit elk jaar verlengd worden gedurende vier of vijf jaar voor dit kan worden omgezet in een verblijfsvergunning van onbepaalde duur (1). Zolang het verblijf wordt toegekend onder voorwaarden moet de aanvrager elk jaar aantonen dat de voorwaarden voor verlenging van het verblijf altijd vervuld zijn. In de praktijk moet er een medisch attest worden voorgelegd waarin wordt bevestigd dat de situatie van de persoon niet veranderd is. Als deze wel veranderd is, moet aangetoond worden dat de voorwaarden voor het medisch verblijf nog altijd vervuld zijn.

12.4 Aanvraag tot verblijfsvergunning om humanitaire redenen



Zoals hierboven uitgelegd, moet VGV in principe gezien worden in het kader van een asielaanvraag. In bepaalde specifieke gevallen kan een aanvraag tot verblijf om humanitaire redenen (een *regularisatieaanvraag*) gerechtvaardigd zijn (1).

Bijvoorbeeld als iemand niet meer vreest om terug te keren naar het land van herkomst, maar zich heel goed geïntegreerd heeft in België en zich niet kan voorstellen te moeten terugkeren naar een land waar zoveel slechte herinneringen aan vasthangen en waar ze echt geen toekomst heeft, in vergelijking met alle kansen die ze hier heeft.

Om deze aanvraag te doen slagen, moet de vreemdeling aantonen:

- ☒ de uitzonderlijke omstandigheden die de indiening vanaf het grondgebied van België rechtvaardigen (ontvankelijkheid);
- ☒ de redenen die de aanvraag rechtvaardigen (grondslag).

Deze aanvraag moet aangetekend verstuurd worden naar de burgemeester van de gemeente waar de aanvrager woont. De aanvrager moet een identiteitsbewijs bijvoegen (in principe een kopie van het

paspoort of de nationale identiteitskaart) of bewijzen dat er geen identiteitsbewijs kan worden voorgelegd (bijvoorbeeld omdat er een asielprocedure loopt). De gemeente laat de woonplaats dan controleren door de politie. Als deze controle positief is, wordt het dossier doorgestuurd naar de dienst Vreemdelingenzaken voor een beslissing.

In afwachting van de beslissing krijgt de vreemdeling geen voorlopige verblijfsvergunning. In de praktijk kan het enkele maanden en zelfs enkele jaren duren voor deze aanvragen verwerkt zijn.

Er wordt aangeraden om een beroep te doen op een juridische dienst gespecialiseerd in vreemdelingenrecht of op een advocaat om de slaagkansen van een dergelijke aanvraag in te schatten en deze aanvraag op te stellen.

Als een aanvraag tot humanitair verblijf onontvankelijk of ongegrond wordt geacht, kan er beroep aangetekend worden bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen binnen een maand na de bekendmaking. De persoon heeft tijdens dit beroep alsook tijdens het onderzoek van de aanvraag geen verblijfsvergunning, tot de aanvraag onvankelijk wordt verklaard.

12.5 Sociale bijstand



Iemand die geen papieren heeft, kan geen aanspraak maken op een leefloon (vroeger bestaansminimum). Wie niet over voldoende middelen beschikt om een menswaardig leven te leiden en zich in een noodsituatie bevindt, kan wel sociale bijstand vragen in het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW) van haar woonplaats.

De toegekende bijstand kan diverse vormen aannemen (al dan niet gerichte financiële hulp, warme maaltijden, hulp bij het zoeken naar werk, medische of psychologische hulp, ...).

Om de nood aan medische hulp te rechtvaardigen, moet in principe een medisch attest worden voorgelegd.

Arbeidsrechtbanken hebben reeds de onmogelijkheid om terug te keren – en dus het recht op sociale bijstand – erkend van een vrouw die haar vrees had geuit om in haar land te worden besneden en voor wie er geen asielprocedure liep; zij kreeg derhalve geen materiële of financiële steun als kandidaat-vluchteling. Het is dus belangrijk om op de hoogte te blijven van de jurisprudentie terzake.

Meer informatie vindt u op de site www.adde.be of via de denk- en uitwisselingsgroep van practici inzake rechtshulp (GREPA): www.grepa.be. 

Referenties

- 1• Belgisch Staatsblad. Wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen. Belgisch Staatsblad, 31 december 1980. Art. 48/3,48/4,9bis,9ter,13al.2.
- 2• Raad van Europa. Richtlijn 2004/83/EG van de Raad van 29 april 2004 inzake minimumnormen voor de erkenning van onderdanen van derde landen en staatlozen als vluchteling of als persoon die anderszins internationale bescherming behoeft, en de inhoud van de verleende bescherming [Online]. *Publicatieblad van de Europese Unie*, 30 november 2004 [cited 2009 Dec 10]; L304. Artikel 9,2,a) en 4.5. Beschikbaar op: URL:<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:304:0012:0023:NL:PDF>
- 3• Resolutie van het Europees Parlement A5-0285/2001 [Online]. Europees Parlement; 17 juli 2001 [cited 2009 Dec 10]. p. 9. Beschikbaar op: URL:<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONGML+REPORT+A5-2001-0285+0+DOC+PDF+V0//NL>
- 4• UN High Commissioner for Refugees Handbook on Procedures and Criteria for Determining Refugee Status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the Status of Refugees [Online]. 1992 Jan [cited 2009 Dec 10]; 2nd ed. §53,196. Beschikbaar op: URL:<http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b32b0.html>
- 5• Verbrouck C, Jaspis P. Mutilations génitales féminines et droit d'asile, quelle protection? RDE N° 153 [Online]. Association pour les droits des étrangers; 2009 [cited 2009 Dec 10]. Beschikbaar op: URL:http://www.adde.be/index.php?option=com_content&task=view&id=150
- 6• UN High Commissioner for Refugees Guidance Note on Refugee Claims relating to Female Genital Mutilation [Online]. Geneva: UNHCR; May 2009 [cited 2009 Dec 10]. p. 9,14. Available from: URL:<http://www.unhcr.org/refworld/docid/4a0c28492.html>

Hoofdstuk 13

Waar en bij wie kunt u terecht?

Hoofdstuk

U bent arts, verpleegkundige, vroedvrouw, maatschappelijk werker, psycholoog, leerkracht, opvoeder, advocaat, ...

In het kader van uw werk moet u vrouwen die het slachtoffer zijn van genitale verminkingen of jonge meisjes die risico lopen advies geven en doorverwijzen. Dit zijn enkele adressen en contactpersonen die u kunnen helpen. De verenigingen staan alfabetisch gerangschikt en aan het pictogram kunt u de activiteitssector herkennen: gezondheid, juridisch, sociaal, vertaling, gemeenschapswerk, informatie, documentatie of onderzoek.



gezondheid



gemeenschapswerk



juridisch



informatie



sociaal



documentatie

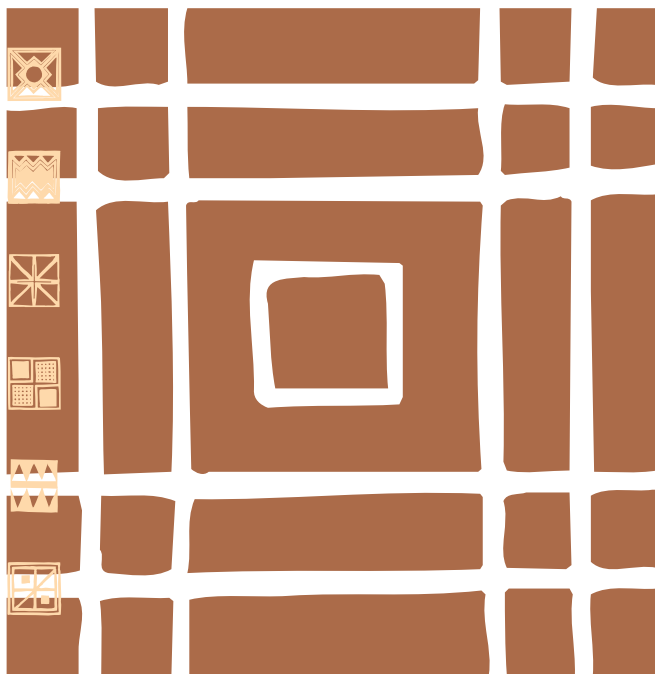


vertaling



onderzoek

Hoofdstuk 13



A



ADDE asbl (Association pour le droit des étrangers)

Website: www.adde.be



Aide aux personnes déplacées asbl

Alle adressen in Wallonië staan op de site:

www.aideauxpersonnesdeplacees.be



Amnesty International

Website: www.amnestyinternational.be

B



Ba-bel - Vlaamse Tolkentelefoon

Vooruitgangstraat 323-3 - 1030 Brussel

Tel. 02 208 06 11 • Website: www.vlaamsetolkentelefoon.be



BCHV vzw – CBAR asbl (Belgisch Comité voor Hulp aan Vluchtelingen – Centre Belge d'Aide aux Réfugiés)

Defacqzstraat 1 bus 10 - 1000 Brussel

Tel. 02 537 82 20 • Fax: 02 537 89 92 • E-mail: www.cbar-bchv.be



Bureaus voor juridische bijstand

Elke balie heeft een dienst voor juridische bijstand en beschikt ook over tolkdiensten. Voor Brussel, zie de site: www.barreaudebruxelles.be

Voor de andere gerechtelijke arrondissementen: www.avocat.be

C



CAI (Centre d'Action Interculturelle)

Rue Docteur Haibe 2 - 5002 Saint-Servais (Namen)

Tel. 081 71 35 11 • Website: www.cainamur.be



Caritas International Hulpbetoon vzw

Liefdadigheidsstraat 43 - 1210 Brussel

Tel. 02 229 36 11 of 02 229 36 25 • E-mail: info@caritas-int.be

Website: www.caritas-int.be



CAW (Centra Algemeen Welzijnswerk)

Alle adressen staan op de site: www.caw.be



Centre des Immigrés Namur-Luxembourg (CINL)

Alle adressen in Wallonië staan op de site: www.cinl.be



Centre de Planning Familial (CPF)

Voor het adres van het dichtstbijzijnde CPF, bel naar 02 502 82 03 of surf naar: www.loveattitude.be (alle CPF's staan op deze site).



CIRE asbl (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers)

Visvijverstraat 80-82 - 1050 Brussel

Tel. 02 629 77 10 • Fax: 02 629 77 33

E-mail: cire@cire.irisnet.be of coord.accueil@cire.irisnet.be

Website: www.cire.irisnet.be



Clinique de l'Exil

Rue Docteur Haibe 4 - 5002 Saint-Servais (Namen)
Tel. 081 73 67 22 • Fax: 081 87 71 23



COFETIS – FOSOVET

Alle informatie over sociaal vertalen en tolken in het Frans en het Nederlands

Visvijverstraat 90 - 1050 Brussel
Tel. 02 629 77 39 • E-mail: contact@cofetis.be
Website: www.fosovet.be



Collectif liégeois contre les mutilations génitales féminines (CMGF)

c/o Centre Louise Michel asbl • Rue des Bayards 45 - 4000 Liège
Tel. 04 228 05 06 – E-mail: mgfliege@live.be
Coördinator van het collectief: Jacques Chevalier • Tel. 0476 479 388
E-mail: chevaljak@mail.be • Forum van het collectief:
<http://cmgf.aceboard.fr>



Constats asbl

Jules Vieujaantstraat 9 - 1080 Brussel
Tel. 02 410 53 39 • Fax: 02 410 58 93
E-mail: constats@gmail.com • Website: www.constats.be

D



Délégué général aux droits de l'enfant (DGDE)

Visverkopersstraat 11-13 bus 5 - 1000 Brussel
Tel. 02.223.36.99 • E-mail: dgde@cfwb.be • Website: www.dgde.cfwb.be



Dienst jeugdzorg van de Vlaamse Gemeenschap

Comités Bijzondere Jeugdzorg
Website: www.jongerenwelzijn.be



Dienst jeugdzorg van de Franstalige Gemeenschap

Service d'aide à la jeunesse de la Communauté française
Alle adressen in Wallonië staan op de site: www.aidealajeunesse.cfwb.be



Dienst jeugdzorg van de Duitstalige Gemeenschap

Jugendhilfedienst der Deutschsprachigen Gemeinschaft
Hostert 22 - 4700 Eupen
Tel. 087 74 49 59 • E-mail: jhd@dgov.be



Dienst juridische bijstand Infor Droits van de Free Clinic asbl

Waverse Steenweg 154 a - 1050 Brussel
Tel. 02 512 13 14 • Fax: 02 502 66 83
E-mail: freeclinic@brutele.be
Website: www.guidesocial.be/freeclinic/visu1/visu2.htm

E



Ecoute Enfants

Hulplijn
Tel. 103 (gratis nummer)



Exil asbl

Kroonlaan 282 - 1050 Brussel • Tel. 02 534 53 30

Fax: 02 534 90 16 • E-mail: info@exil.be • Website: www.exil.be

F



Franse Gemeenschap

U kunt de contactgegevens van alle eerstelijnsdiensten opvragen via het gratis nummer van de Franse Gemeenschap • Tel. 0800 20000 (gratis nummer)

G



GAMBEL vzw (Gambian - Belgian Association)

Nieuwevaart 210b - 9000 Gent

Tel. 0495 44 46 23 • Contactpersoon: Momodou Touray

E-mail: gambel.org@hotmail.com



GAMS België vzw

(Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines)

Dwarsstraat 125 - 1210 Sint-Joost-ten-Node

Tel. 02 219 43 40 • Contactpersoon: Khadidiatou Diallo, voorzitter

E-mail: info@gams.be • Website: www.gams.be



I



INTACT vzw

Juridisch advies in de gerechtelijke en administratieve procedures (strafrecht, vluchtelingenrecht, etc) aan professionelen en niet-professionelen in geval van een risico op VGV.

Defacqzstraat 1 - 1000 Brussel • Tel. 0479 67 19 46 (frans)

Tel. 0497 55 04 56 (nederlands)

Contactpersoon: Thérèse Legros en Christine Flamand

E-mail: contact@intact-association.org

Website: www.intact-association.org



International Centre for Reproductive Health (ICRH)

De Pintelaan 185 P3 - 9000 Gent

Tel. 09 332 35 64 • Contactpersoon: Els Leye

E-mail: Els.leye@ugent.be • Website: www.icrh.org



Instituut voor Tropische Geneeskunde

Nationalestraat 155 - 2000 Antwerpen • Tel. 03 247 66 64

Contactpersoon: Fabienne Richard • E-mail: frichard@itg.be

K



Kinder- en jongerentelefoon

Hulplijn

Tel. 102 (gratis nummer) • Website: www.kjt.org



Kinderrechtencommissaris (Kinderrechtencommissariaat)

Leuvenseweg 86 - 1000 Brussel

Tel. 02 552 98 00 • E-mail: kinderrechten@vlaamsparlament.be

Website: www.kinderrechtencommissariaat.be



Kruispunt Migratie-Integratie vzw (ex-Vlaams Minderhedencentrum)

Vooruitgangstraat 323 / 1 - 1030 Brussel

Tel. 02 205 00 50 • E-mail: info@kruispuntmi.be

Website: www.kruispuntmi.be

L



La Palabre vzw

Korte Malibranstraat 14-16 - 1050 Elsene

Tel. 0495 99 24 27 • Contactpersoon: Kadhy Koïta, voorzitter

E-mail: lapalabre@hotmail.com • Website: www.la-palabre.org

M



Medimmigrant vzw

Toegang tot gezondheidszorg voor vreemdelingen zonder wettig verblijf of met een precair verblijfsstatuut

Tel. 02 274 14 33 ou 02 274 14 34 • Website: www.medimmigrant.be

O



Observatoire du Sida et des Sexualités

Facultés universitaires Saint-Louis

Kruidtuinlaan 43 - 1000 Brussel • Tel. 02 211 79 10

Contactpersoon: Myriam Dieleman • E-mail: observatoire@fusl.ac.be

Website: www.observatoire-sidasexualites.be

P



Politie

Bij een dreigend gevaar kunt u terecht in het dichtstbijzijnde politiekantoor of bellen naar het nummer **101** of **112 (politie)**.



Prisma VoG

Neustraß 53 - 4700 Eupen

Tel. 087 74 42 41 • E-mail: prisma.frauenzentrum@gmx.net

Website: www.prisma-frauenzentrum.be

S



Service Droit des Jeunes asbl

Juridische dienst gespecialiseerd in jeugdrecht

Van Arteveldestraat 155 - 1000 Brussel

Tel. 02 209 61 61 • Fax: 02 209 61 60

E-mail: bruxelles@sdj.be- secretariat.bxl@sdj.be

Alle adressen in Wallonië staan op de site: www.sdj.be



SENSOA vzw

Kipdorpvest 48a - 2000 Antwerpen
Tel. 03 238 68 68
Meersstraat, 138d - 9000 Gent
Tel. 09 221 07 22 • E-mail: info@sensoa.be
Website: www.sensoa.be



SOBSI vzw (Somalisch - Belgische Sociale Integratie)

Dapperheidstraat 21 - 9000 Gent
Tel. 0498 83 64 03 • Contactpersoon: Abdirashid Issa Noah
E-mail: sobsi@representative.com



SOS Enfants

U krijgt de contactgegevens van het dichtstbijzijnde centrum op
02 542 14 10 of via www.federationsosenfants.be

U



Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter, Campus César de Paepe

Raadplegingen VGV
Cellebroersstraat 11 (3e verdieping) - 1000 Brussel
Secretariaat - Afspraken Tel. 02 506 70 91
Verpleegkundige Tel. 02 506 70 95



Universitair Ziekenhuis Gent

FOHCUS, consultatie voor kwetsbare vrouwen, vrijdag van 14.00 tot 16.00 uur
Departement Gynaecologie-Verloskunde
De Pintelaan 185 - 9000 Gent
Tel. 09 332 37 98

V



Vertrouwenscentra Vlaanderen

U krijgt de contactgegevens van het dichtstbijzijnde centrum op het nummer
106 (teleonthaal) of via de site: www.kindermishandeling.org



Vlaamse Gemeenschap

U kunt de contactgegevens van alle eerstelijnsdiensten opvragen via het
gratis nummer van de Vlaamse Gemeenschap
Tel. 1700 (gratis nummer)



Vluchtelingenwerk Vlaanderen vzw

(ex-OCIV Overlegcentrum voor integratie van vluchtelingen vzw)

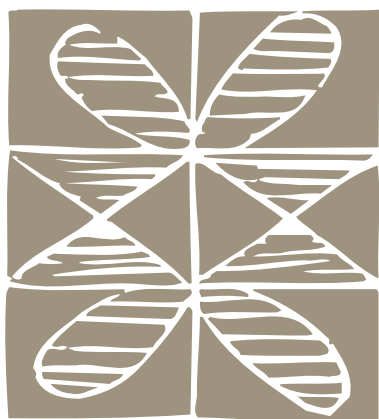
Gaucheretstraat 164 - 1030 Brussel
Tel. 02 274 00 20 • Fax: 02 201 03 76
E-mail: info@vluchtelingenwerk.be
Website: www.vluchtelingenwerk.be

Y



Yapaka

Coördinatie van de hulp aan mishandelde kinderen van het Ministerie van de
Franse Gemeenschap
Leopold II-laan 44 - 1080 Brussel
Tel. 02 413 25 69 • Website: www.yapaka.be



Conclusie

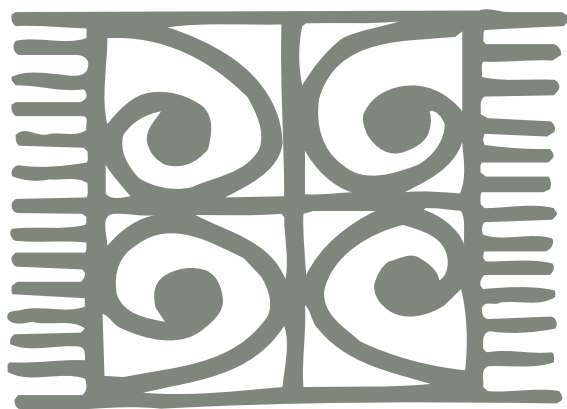
Conclusie

Met de informatie in deze gids kunnen professionals zich een beter beeld vormen van de problematiek van vrouwelijke genitale verminking, vrouwen met VGV beter begeleiden en meewerken aan preventieacties. We hebben getracht om in het eerste deel voldoende informatie te geven om de context van vrouwelijke genitale verminkingen in de landen van herkomst en hier in Europa duidelijker te schetsen. Het tweede deel geeft praktische aanbevelingen over behandeling en preventie.

Bij VGV komen veel aspecten kijken (sociologisch, medisch, psychologisch) die een globale en gecoördineerde aanpak vergen van alle professionals die een rol spelen bij de begeleiding van de slachtoffers en hun familie.

Deze gids vormt geen vervanging voor de praktische ervaring die in de loop der jaren wordt opgedaan door contacten met de betrokken gemeenschappen. Aarzel dus niet om te overleggen met meer ervaren collega's of om contact op te nemen met verenigingen die bij deze materie betrokken zijn. Als u uw kennis wilt verdiepen of meer wilt weten, raden we u aan om de aanvullende informatiebronnen te raadplegen (verslagen, boeken, films, websites) die hieronder vermeld staan.

Met deze gids willen we in de eerste plaats aantonen dat de problematiek van vrouwelijke genitale verminkingen kan aangekaart worden met de families, in het belang van de vrouw en het kind. Elke professional kan in zijn of haar eigen domein bijdragen tot een betere behandeling en preventie van vrouwelijke genitale verminkingen. ■



Bijkomende informatie- bronnen

Referentiedocumenten

U kunt deze documenten raadplegen via internet door de titel (vet gedrukt) in te geven in een zoekmotor of door de URL te kopiëren.

Algemene informatie

OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. **Eliminating female genital mutilation. An interagency statement.** World Health Organization; 2008.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

Cijfers

Yoder PS, Khan S. **Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total.** Calverton (USA): Macro International Inc; 2008 (DHS Working Papers; 39)
<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/WP39/WP39.pdf>

PRB. **Female genital mutilation/cutting: data & trends.** Washington (USA): USAID/Bridge/PRB; 2010.
<http://www.prb.org/pdf10/fgm-wallchart2010.pdf>

Sociaal-culturele aspecten

Plan International. **Tradition and Rights- Female genital cutting in West-Africa**Dakar (London): Plan Ltd; 2006.
http://www.plan-uk.org/pdfs/tradition_and_rights.pdf

UNICEF. **Coordinated strategy to abandon female genital mutilation/cutting in one generation: a human rights-based approach to programming, Technical note.** New York: United Nations Children's Fund; 2007.
http://www.childinfo.org/files/fgmc_Coordinated_Strategy_to_Abandon_FGMC_in_One_Generation_eng.pdf

Medische aspecten

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006;367:1835-41.

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-outcome-study/en/index.html>

WHO. **Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation.** Geneva: World Health Organization Department of Reproductive Health and Research; 2001.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.2.pdf

Toubia N. **Caring for Women with Circumcision: A Technical Manual for Health Care Providers.** New York: Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women; 1999. (Payant, sur commande).

Juridische aspecten

UNHCR. **Guidance Note on Refugee Claims relating to Female Genital Mutilation.** Geneva: UN High Commissioner for Refugees; 2009.

<http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4a0c28492.pdf>

Leye E, Sabbe A. **Responding to female genital mutilation in Europe. Striking the right balance between prosecution and prevention. A review of legislation.** Gent (Belgium): International Center For Reproductive Health; 2009.

<http://www.icrh.org/publications/responding-to-female-genital-mutilation-in-europe>

Boeken

- Dirie W, Miller C. *Mijn Woestijn.* Amsterdam: Arena; 1998.
- Khady. *Verminkt.* Vianen: The House of Books; 2006.
- Bah D. *On m'a volé mon enfance.* Paris: Anne Carrière; 2006.
- Bellas Cabane C. *La coupure : l'excision ou les identités douloureuses.* Paris: La Dispute; 2008.
- Arras MN. *Entière ou la réparation de l'excision.* Paris: Editions Chèvre feuille étoilée; 2008.
- Prolongeau H. *Victoire sur l'excision : Pierre Foldes, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées.* Paris: Albin Michel; 2006.
- Henry N, Weil-Curiel L. *Exciseuse. Entretien avec Hawa Gréou.* Paris: City Editions; 2007.

Websites

Op deze sites vindt u bijkomende informatie over VGV en links naar andere informatiebronnen.

België:

- GAMS België: www.gams.be
- La Palabre: www.la-palabre.org
- Le collectif liégeois contre les MGF: <http://cmgf.aceboard.fr>
- INTACT: www.intact-association.org
- International Centre for Reproductive Health: www.icrh.org

Nederland:

- Meisjesbesnijdenis: www.meisjesbesnijdenis.nl
- No game: www.no-game.nl
- Pharos: www.pharos.nl

Frankrijk:

- Fédération nationale GAMS: www.federationgams.org

Europa:

- European Network for the Prevention of Female Genital Mutilation: www.euronet-fgm.org
- Amnesty International END FGM European campaign: www.endfgm.eu

- Resolutie van het Europees Parlement, maart 2009:
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+XML+V0//EN>

Internationaal:

- Equality Now: www.equalitynow.org
- WGO: http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/index.html
- UNICEF: http://www.childinfo.org/fgmc_profiles.html
- Inter-African Committee on Traditional Practices (IAC): www.iac-ciaf.net

Video's

Mon enfant, ma sœur, songe à la douleur

Een film van Violaine de Villers

Auteursfilm - 2005 - België - 53 minuten - DVD

Productie: Centre Vidéo de Bruxelles, RTBF, WIP, DGCI, ISKRA met de steun van het Centre du Cinéma et de l'Audiovisuel et les télédiffuseurs wallons

Distributie: Centre Vidéo de Bruxelles

Poststraat 111 - 1030 Brussel

Tel. 02 221 10 50 • Fax: 02 221 10 51 • E-mail: info@cvb-videp.be

Website: www.cvb-videp.be/cvb

Secrets de femmes et paroles d'hommes

Een film van Eric D'Agostino en Marc Dacosse

Documentaire - 2009 - België (Mali) - 43 minuten - Video

Productie: Respect • Website: www.respect-ev.org

Distributie: GSARA asbl

Tel. 02 250 13 10 • E-mail: sandra.demal@gsara.be

My sis will be safe: youth against FGM -

Mijn zus zal veilig zijn: jongeren tegen VGV

Een film van Pharos

Documentaire - 2009 - Ethiopië, Burkina Faso, Nederland - 3x20 minuten - Video

Productie: Los imagos • Website: www.losimagos.nl

Distributie: Pharos (gratis, te bestellen op de website) • Website: www.pharos.nl

The secret pain

Een film van Mette Knudsen

Documentaire - Lyngby - 2006 - 75 minuten - dvd

Productie: Angel Films

Distributie: Angel Films

Tel. +45 25 59 99 51 • E-mail: peter@angelfilms.dk • Website: www.angelfilms.dk

Discussion on female genital mutilation

Een film van Mohamed Ahmed Hagi

Documentaire - 2005 - Utrecht - 45 minuten - dvd

Productie: Fatusch Productions

Distributie: Fatusch Productions

E-mail: info@fatusch.nl • Website: www.fatusch.nl

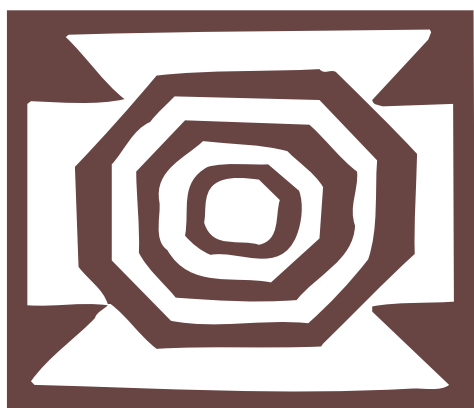
The Broken Silence

Een film van Esther Heller

Documentaire - Kopenhagen - 2003 - 35 minuten - Video

Distributie: Esther Heller

E-mail: heller@hellertv.dk



Lexicon

Lexicon

Clitoridectomie: gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris.

Desinfibulatie: ingreep waarbij het littekenweefsel gevormd door het vergroeien of hechten van de stompen van de grote schaamlippen op de mediaanlijn wordt doorgesneden om toegang te krijgen tot de vagina en om geslachtsgemeenschap en het baren mogelijk te maken. Bij desinfibulatie wordt de monding van de urinebuis vrijgemaakt zodanig dat weer normaal kan worden geplast.

Enucleatie: ingreep waarbij een tumor of cyste wordt verwijderd.

Epithelisatie: vorming van nieuwe huid tijdens de wondgenezing.

Excisie: gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen van de vulva, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen.

Fistel: abnormale verbinding tussen twee lichaamsholtes in de loop van een ziekteproces. Er zijn twee types van genitale fistels: fistels tussen het rectum en de vagina (recto-vaginaal) en tussen de blaas en de vagina (vesico-vaginaal). Ze kunnen onder meer ontstaan als het hoofd van het kind te lang klem zit in de vagina tijdens een lange en moeilijke baring.

Foetale nood: verslechtering van de toestand van de foetus. Een daling van de hartslag is een symptoom van acute nood. De foetus kan overlijden bij het uitblijven van de gepaste behandeling.

Herinfibulatie: herhechting van de stompen van de grote schaamlippen van de vulva die voorheen doorgesneden werden bij een desinfibulatie. Herinfibulatie wordt vaak toegepast na een bevalling, maar ook bij een tweede huwelijk (bv. als een weduwe hertrouwt) of als de eerste infibulatie spontaan is losgekomen (bv. door een probleem bij de wondgenezing).

Iatrogeen: verwijst naar stoornissen die veroorzaakt worden door een medische behandeling of een geneesmiddel.

Incontinentie: ongecontroleerde lozing van urine of ontlasting.

Infibulatie: dichtnaaien en hechten van de [stompen van de] grote schaamlippen van de vulva, met of zonder verwijdering van de clitoris, waarbij een kleine opening wordt gelaten voor urine en menstruatiebloed.

Keloïd: gezwel van de huid ter hoogte van een litteken (na een brandwonde of een incisie in de huid) in de vorm van een zwelling. Keloïden komen vooral voor bij mensen met een donkere huid.

Lumbale anesthesie: techniek van regionale verdoving waarbij, na injectie van het verdovingsmiddel in het cerebospinaal vocht, de delen van het lichaam worden verdoofd die onder de injectielijn liggen (gewoonlijk het kleine bekken en de benen).

Marsupialisatie: chirurgische techniek waarbij een abces of een cyste wordt gedraineerd door die open te snijden. Na het opensnijden van het abces of de cyste worden de randen aan de huid gehecht zodoende dat de inhoud ongehinderd via de opening kan uitvloeien.

Mictie: natuurlijke urinelozing.

Narcose: algemene verdoving.

Neuroma: tumor die groeit op een perifere zenuw en vaak heel pijnlijk is. Bij VGV verwijst deze term naar tumoren die groeien op de plaats waar de zenuw werd afgesneden.

Pariteit: aantal levensvatbare bevallingen van een vrouw (vanaf 22 weken zwangerschap of als het kind meer dan 500 g weegt).

Perineale scheuring: scheuring van het perineum (alle weefsels tussen de vulva en de anus) bij een vaginale bevalling.

Prevalentie: aantal personen dat een bepaalde aandoening heeft, binnen een bepaalde groep, op een bepaald moment.

Reconstructie van de clitoris: chirurgische techniek waarbij de stomp van de clitoris wordt verlaagd met als doel, in de mate van het mogelijke, het uitzicht van een normale clitoris na te bootsen en de functie van dit orgaan te herstellen.

Seksueel overdraagbare aandoening: besmettelijke ziekte die wordt overgedragen tussen partners tijdens diverse vormen van seksuele handelingen (oraal, vaginaal of anaal).

Traditionele vroedvrouw: een persoon die bevallingen doet zonder medische opleiding.

Urine-, genitale of bekkeninfectie: abnormale verspreiding van besmettelijke stoffen (waaronder bacteriën), respectievelijk in het urinestelsel (met de nieren, de urineblaas en de urinebuis), in de geslachtsdelen en in het bekken (kleine en grote bekken).

Vaatvernauwend middel: middel dat de bloedvaten doet vernauwen en de bloedcirculatie lokaal remt.

Verloskunde: medisch-chirurgisch vakgebied dat zwangerschappen en bevallingen bestudeert en behandelt.

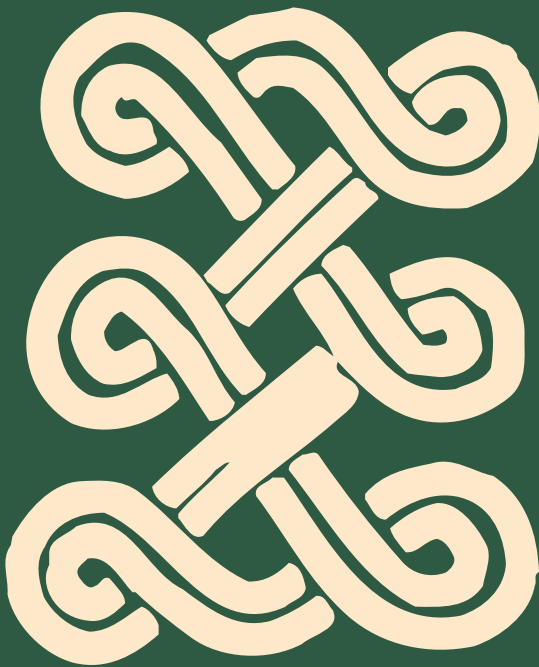
Verblijfsstatus: bij wet vastgelegde voorwaarde waardoor een vreemdeling in België kan verblijven en al dan niet, volledig of beperkt, toegang krijgt tot de arbeidsmarkt en sociale bijstand.

Verblijfsvergunning: document dat wordt uitgereikt aan elke vreemdeling ouder dan 12 jaar die een recht of een vergunning heeft gekregen om tijdelijk of definitief in België te verblijven.

Aangepast uit het lexicon van de *Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'action en Communauté française de Belgique*, Dieleman M, Richard F, Martens V, Parents F. Brussel; GAMS België: 2009.



Bijlagen



Bijlagen 1.

Prevalentie van VGV per land

© 2010 Population Reference Bureau (PRB)

	Data Source	Prevalence by Geographic Area (%)			
		Urban	Rural	Lowest Region	Highest Region
Benin	DHS 2006	9.3	15.4	0.1	58.8
Burkina Faso	MICS 2006	76.0	71.2	—	—
Cameroon	DHS 2004	0.9	2.1	0.0	5.4
Central African Rep.	MICS 2008	20.9	29.3	5.5	76.9
Chad	DHS 2004	47.0	44.4	3.5	92.2
Côte d'Ivoire	MICS 2006	33.9	38.9	12.6	88.0
Djibouti	MICS 2006	93.1	95.5	—	—
Egypt	DHS 2008	85.1	95.5	66.3	92.9
Eritrea	DHS 2002	86.4	90.5	81.5	97.7
Ethiopia	DHS 2005	68.5	75.5	27.1	97.3
Gambia	MICS 2005/06	72.2	82.8	44.8	99.0
Ghana	MICS 2006	1.7	5.7	0.5	56.1
Guinea	DHS 2005	93.9	96.4	86.4	99.8
Guinea-Bissau	MICS 2006	39.0	48.2	28.7	92.7
Kenya	DHS 2008-09 ^c	16.5	30.6	0.8	97.5
Liberia	DHS 2007	39.5	72.0	0.9	86.6
Mali	DHS 2006	80.9	87.4	0.9	98.3
Mauritania	MICS 2007	59.7	84.1	26.6	98.1
Niger	DHS 2006	2.1	2.3	0.1	12.0
Nigeria	DHS 2008 ^d	36.8	25.6	2.7	53.4
Senegal	DHS 2005	21.7	34.4	1.8	93.8
Sierra Leone	MICS 2006	86.4	97.0	80.8	97.0
Somalia	MICS 2006	97.1	98.4	94.4	99.2
Tanzania	DHS 2004/05	7.2	17.6	0.8	57.6
Togo	MICS 2006	4.1	7.3	1.0	22.7
Uganda	DHS 2006	0.2	0.7	0.1	2.4
Yemen	PAPFAM 2003	33.1	40.7	—	—

Belangrijkste enquêtes: Demographic and Health Surveys (DHS); Multiple indicator cluster surveys (MICS), UNICEF; Panarabisch project voor familiale gezondheid (PAPFAM - Project for Family Health).

	Data Source		Traditionally Performed (%)	Medically Performed (%)	National Law
Benin	DHS	2006	99.0	0.6	●
Burkina Faso	MICS	2006	—	—	●
Cameroon	DHS	2004	89.0	4.0	◐
Central African Rep.	MICS	2008	—	—	●
Chad	DHS	2004	94.2	2.7	◐
Côte d'Ivoire	MICS	2006	95.2 ^b	0.5 ^b	●
Djibouti	MICS	2006	—	—	●
Egypt	DHS	2008	66.3	31.9	●
Eritrea	DHS	2002	94.5	0.6	●
Ethiopia	DHS	2005	—	—	●
Gambia	MICS	2005/06	—	—	○
Ghana	MICS	2006	—	—	●
Guinea	DHS	2005	88.7	10.0	●
Guinea-Bissau	MICS	2006	—	—	◐
Kenya	DHS	2008-09 ^c	—	—	●
Liberia	DHS	2007	—	—	○
Mali	DHS	2006	91.7	2.5	◐
Mauritania	MICS	2007	—	—	●
Niger	DHS	2006	97.0	0.5	●
Nigeria	DHS	2008 ^d	73.6	8.9	○
Senegal	DHS	2005	92.5	0.6	●
Sierra Leone	MICS	2006	—	—	○
Somalia	MICS	2006	—	—	○
Tanzania	DHS	2004/05	89.1 ^b	2.0 ^b	●
Togo	MICS	2006	—	—	●
Uganda	DHS	2006	—	—	●
Yemen	PAFAM	2003	—	—	○

Legende:

- Wetten die vrouwelijke genitale verminking uitdrukkelijk verbieden;
- Geen wetten;
- ◐ Geen specifieke wetten, maar wel algemene bepalingen in het strafwetboek die werden of kunnen worden toegepast op vrouwelijke genitale verminking.
- Geen gegevens beschikbaar
- a Het totaal (alle types van vrouwelijke genitale verminking) ligt hoger dan 100 % omdat er meerdere antwoorden gegeven werden
- b Ervaring van de meisjes
- c Speciale berekeningen door de diensten van PRB

Bijlage 2. Internationale en regionale verdragen

Deze bijlage geeft een overzicht van de internationale en regionale juridische instrumenten inzake de rechten van de mens en teksten waarover een consensus bereikt werd en die een bescherming bieden en maatregelen voorzien om te vrijwaren tegen vrouwelijke seksuele verminking (bronnen: Interagency Statement van de Verenigde Naties van 2008: *Eliminating female genital mutilation*).

Internationale verdragen

- Universele verklaring van de rechten van de mens, goedgekeurd op 10 december 1948. Resolutie 217 van de Algemene Vergadering. UN Doc. A/810.
- Verdrag betreffende de status van vluchtelingen, goedgekeurd op 28 juli 1951 (van kracht sinds 22 april 1954).
- Protocol betreffende de status van vluchtelingen, goedgekeurd op 31 januari 1967 (van kracht sinds 4 oktober 1967).
- Internationaal verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten, goedgekeurd op 16 december 1966 (van kracht sinds 23 maart 1976).
- Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, goedgekeurd op 16 december 1966 (van kracht sinds 3 januari 1976).
- Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen, goedgekeurd op 18 december 1979 (van kracht sinds 3 september 1981).
- Verdrag tegen foltering en andere wrede, onmenselijke behandeling of bestraffing, aangenomen en ter ondertekening en ratificatie voorgelegd door Resolutie 39/46 van 10 december 1984 van de Algemene Vergadering (van kracht sinds 26 juni 1987).
- Verdrag inzake de rechten van het kind, goedgekeurd op 20 november 1989. Resolutie 44/25 van de Algemene Vergadering. 44 UN GAOR Supp. nr. 49, UN Doc. A/44/49 (van kracht sinds 2 september 1990).
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Algemene aanbeveling nr. 14, 1990, Vrouwenbesnijdenis; algemene aanbeveling nr. 19, 1992, Geweld tegen vrouwen en algemene aanbeveling nr. 24, 1999, Vrouwen en gezondheid.
- Human Rights Committee. Algemene beschouwing nr. 20, 1992. Verbod op foltering en wrede behandeling.
- Human Rights Committee. Algemene beschouwing nr. 28, 2000. Gelijke rechten voor mannen en vrouwen. CCPR/C/21/rev.1/Add.10.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Algemene beschouwing nr. 14, 2000. Recht op de hoogste bereikbare gezondheidstoestand. UN Doc. E/C.12/2000/4.
- Committee on the Rights of the Child. Algemene beschouwing nr. 4, 2003. Gezondheid en ontwikkeling van adolescenten in de context van het Verdrag inzake de rechten van het kind. CRC/GC/2003/4.

Regionale juridische instrumenten

- Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, goedgekeurd op 4 november 1950 (van kracht sinds 3 september 1953).
- Amerikaans verdrag inzake de rechten van de mens (van kracht sinds 18 juli 1978).
- Afrikaans Handvest inzake de rechten van de mens en de volkeren (Handvest van Banjul), goedgekeurd op 27 juni 1981. Organisatie van Afrikaanse Eenheid. Doc. CAB/LEG/67/3/Rev.5 (1981), 21 I.L.M. 58 (1982) (van kracht sinds 21 oktober 1986).
- Afrikaans Handvest inzake de rechten en het welzijn van het kind, goedgekeurd op 11 juli 1990. Organisatie van Afrikaanse Eenheid. Doc. CAB/LEG/24.9/49 (van kracht sinds 29 november 1999).
- Protocol bij het Afrikaans Handvest voor de rechten van de mens en de volkeren, betreffende de rechten van de vrouw in Afrika (Protocol van Maputo), goedgekeurd op 11 juli 2003, Raad van de Afrikaanse Unie (van kracht sinds: 25 november 2005).

Bijlage 3. Wettelijke bepalingen van toepassing op VGV in het Belgisch strafrecht

Opzettelijke slagen en verwondingen (strafwetboek)

Art. 398. Hij die opzettelijk verwondingen of slagen toebrengt, wordt gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met geldboete van zesentwintig frank tot honderd frank tot met een van die straffen alleen.

Ingeval de schuldige heeft gehandeld met voorbedachten rade, wordt hij veroordeeld tot een gevangenisstraf van een maand tot een jaar en tot een geldboete van vijftig frank tot tweehonderd frank.

Art. 399. Indien de slagen of verwondingen een ziekte of ongeschiktheid tot het verrichten van persoonlijke arbeid ten gevolge hebben, wordt de schuldige gestraft met gevangenisstraf van twee maanden tot twee jaar en met geldboete van vijftig frank tot tweehonderd frank.

De schuldige wordt gestraft met gevangenisstraf van zes maanden tot drie jaar en met geldboete van honderd frank tot vijfhonderd frank, indien hij met voorbedachten rade heeft gehandeld.

Art. 400. De straf is een gevangenisstraf van twee jaar tot vijf jaar en een geldboete van tweehonderd frank tot vijfhonderd frank, indien de slagen of verwondingen, hetzij een ongeneeslijk lijkende ziekte, hetzij een blijvende ongeschiktheid tot het verrichten van persoonlijke arbeid, hetzij het volledig verlies van het gebruik van een orgaan, hetzij een zware verminking tot gevolg hebben.

De straf is een opsluiting van vijf jaar tot tien jaar ingeval de schuldige heeft gehandeld met voorbedachte rade.

Vrouwelijke genitale verminking (strafwetboek)

Art. 409. § 1. Hij die eender welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijk geslacht uitvoert, vergemakelijkt of bevordert, met of zonder haar toestemming, wordt gestraft met een gevangenisstraf van drie jaar tot vijf jaar.

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

§ 2. Indien de verminking uitgevoerd wordt op een minderjarige of met een winst oogmerk, is de straf een opsluiting van vijf jaar tot zeven jaar.

§ 3. Indien de verminking een ongeneeslijk lijkende ziekte of een blijvende arbeidsongeschiktheid heeft veroorzaakt, is de straf opsluiting van vijf jaar tot tien jaar.

§ 4. Wanneer de verminking zonder het oogmerk om te doden, toch de dood ten gevolge heeft, is de straf opsluiting van tien jaar tot vijftien jaar.

§ 5. Is de in § 1 bedoelde verminking op een minderjarige of een persoon die uit hoofde van zijn lichaams- of geestestoestand niet bij machte is om in zijn onderhoud te voorzien, uitgevoerd door zijn vader, moeder of andere bloedverwanten in de opgaande lijn, of door enige andere persoon die gezag heeft over de minderjarige of de onbekwame, of door een persoon die hen onder zijn bewaring heeft, of door een persoon die occasioneel of gewoonlijk samenwoont met het slachtoffer, dan wordt het minimum van de bij de §§ 1 tot 4 bepaalde straffen verdubbeld in geval van gevangenisstraf en met twee jaar verhoogd in geval van opsluiting.

Niet-bijstaan van iemand in gevaar (strafwetboek)

Art. 422bis. Met gevangenisstraf van acht dagen tot een jaar en met geldboete van vijftig frank tot vijfhonderd frank of met een van die straffen alleen wordt gestraft hij die verzuimt hulp te verlenen of te verschaffen aan iemand die in groot gevaar verkeert, hetzij hij zelf diens toestand heeft vastgesteld, hetzij die toestand hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen. Voor het misdrijf is vereist dat de verzuimer kon helpen zonder ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen. Heeft de verzuimer niet persoonlijk het gevaar vastgesteld waarin de hulpbehoevende verkeerde, dan kan hij niet worden gestraft, indien hij op grond van de omstandigheden waarin hij werd verzocht te helpen, kon geloven dat het verzoek niet ernstig was of dat er gevaar aan verbonden was. De straf bedoeld in het eerste lid wordt op twee jaar gebracht indien de persoon die in groot gevaar verkeert, minderjarig is.

Beroepsgeheim (strafwetboek)

Art. 458. Geneesheren, heilkundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd, en deze bekendmaken buiten het geval dat zij geroepen worden om in rechte (of voor een parlementaire onderzoekscommissie) getuigenis af te leggen en buiten het geval dat de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken, worden gestraft met een gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met een geldboete van honderd frank tot vijfhonderd frank.

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 ... 409 ..., gepleegd op een minderjarige kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, op voorwaarde dat hij het slachtoffer heeft onderzocht of door het slachtoffer in vertrouwen werd genomen, er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de psychische of fysieke integriteit van de betrokkene en hij deze integriteit zelf of met hulp van anderen niet kan beschermen.

Meldingsplicht, voor een officier (wetboek van strafvordering)

Art. 29. Iedere gestelde overheid, ieder openbaar officier of ambtenaar die in de uitoefening van zijn ambt kennis krijgt van een misdaad of van een wanbedrijf, is verplicht daarvan dadelijk bericht te geven aan de procureur des Konings bij de rechtbank binnen wier rechtsgebied die misdaad of dat wanbedrijf is gepleegd of de verdachte zou kunnen worden gevonden, en aan die magistraat alle desbetreffende inlichtingen, processen-verbaal en akten te doen toekomen.

Extraterritoriale bevoegdheid (wetboek van strafvordering)

Art. 10ter. Eenieder kan in België vervolgd worden wanneer hij zich buiten het grondgebied van het Rijk schuldig maakt aan:

... 2° een van de misdrijven bepaald in de artikelen 372 tot 377 (aanranding van de eerbaarheid, verkrachting) en 409 (vrouwelijke genitale verminking), van hetzelfde Wetboek, indien het feit werd gepleegd op een minderjarige; ...

Art. 12. ... heeft de vervolging van de misdrijven waarvan sprake in dit hoofdstuk, alleen plaats wanneer de verdachte in België wordt gevonden...

Verjaring (wetboek van strafvordering)

Art. 21. ... verjaart de strafvordering door verloop van tien jaren, ... te rekenen van de dag waarop het misdrijf is gepleegd, naar gelang dit misdrijf een misdaad is...

Art. 21bis. In de gevallen bedoeld in de artikelen ... 409 ... van het Strafwetboek, begint de verjaringstermijn van de strafvordering pas te lopen vanaf de dag waarop het slachtoffer de leeftijd van achttien jaar bereikt ... In geval van correctionalisering van een misdaad bedoeld in het vorige lid, blijft de verjaringstermijn van de strafvordering, die welke is bepaald voor een misdaad.

Tenzij anders aangegeven, mogen deze elementen gratis worden gereproduceerd zonder voorafgaande toestemming, maar met bronvermelding en enkel op voorwaarde dat het gaat om strikt privégebruik en niet om commercieel gebruik.

Gedrukt in juni 2011.

Deze gids richt zich tot alle **professionelen die in contact komen met bevolkingsgroepen waar vrouwelijke genitale verminking** voorkomt: professionele zorgverleners, psychosociale werk(st)ers, personeel uit de kinderopvang, leerkrachten, juristen, politieagenten, ...

In het **eerste deel** van deze gids wordt algemene **informatie** gegeven die bedoeld is voor alle professionelen. In het **tweede deel** worden **specifieke situaties en aanbevelingen** vermeld voor bepaalde beroepssectoren.



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

**Directoraat-generaal
Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer**

Eurostation II - Victor Hortaplein 40 bus 10 - 1060 Brussel
Tel.: 02/524 97 97 (contactcenter) - Fax: 02/524 98 16
info@health.belgium.be - www.health.belgium.be