



GUIDE D'INTEGRATION AU SENEGAL PROMOUVOIR L'AUTONOMIE ET L'INTEGRITE CORPORELLES AU SENEGAL



SOLIDARITY FOR
AFRICAN WOMEN'S RIGHTS
A force for freedom



MOUVEMENT DE SOLIDARITÉ
POUR LES DROITS
DES FEMMES AFRICAINES
Une force pour la liberté



GUIDE D'INTEGRATION AU SENEGAL

PROMOUVOIR L'AUTONOMIE ET L'INTEGRITE CORPORELLES AU SENEGAL



Produced and Published by Make Every Woman Count
Email: info@mewc.org Website: www.mewc.org

Copyright © 2026

Design and Layout: James Chunguli, Crimson Communications Ltd.

All rights reserved. Redistribution of the material presented in this work is encouraged by the publisher, provided the original text is not altered, that the original source is properly and fully acknowledged and that the objective of redistribution is not for commercial gain. Please contact the publisher if you wish to reproduce, redistribute or transmit, in any form or by any means, this work or any portion thereof.

Introduction

Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, communément appelé « Protocole de Maputo », figure parmi les instruments les plus progressistes au monde en matière de droits de l'homme. Adopté par l'Union africaine en 2003, il définit une vision ambitieuse pour la dignité, l'égalité et l'autonomie corporelle des femmes et des filles à travers tout le continent. Pour les millions de femmes qu'il vise à protéger, ce protocole est bien plus qu'un simple texte juridique. C'est une promesse.

Ce guide a été élaboré par Make Every Woman Count (MEWC) et la Coalition de solidarité pour les droits des femmes africaines (SOAWR). Il propose une approche concrète permettant de passer des engagements internationaux et régionaux à la réalité nationale, en ancrant les normes du Protocole dans le contexte juridique, politique et social spécifique de ce pays.

Pourquoi le Protocole de Maputo est-il si important ?

Au cœur de ce guide figurent deux des dispositions les plus importantes du Protocole : l'article 5 invite les États à éliminer les pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines/excision (MGF/E), le mariage des enfants et d'autres coutumes qui menacent la santé et la dignité des femmes et des filles ; tandis que l'article 14 garantit les droits des femmes en matière de santé reproductive, notamment l'accès à la planification familiale, à des soins maternels sûrs et à l'avortement légal en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste ou lorsque la grossesse met en danger la santé mentale ou physique de la femme.

Ces articles abordent certaines des menaces les plus graves auxquelles les femmes sont confrontées : les décès maternels évitables, les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, les violences liées au genre et les pratiques néfastes qui privent les femmes du contrôle de leur propre corps. Le Protocole ne présente pas ces questions comme des problèmes relevant de la charité ou d'un débat moral, mais comme des droits de l'homme opposables.

Comprendre la « domestication »

Un traité ne change les vies que lorsque ses dispositions parviennent aux personnes qu'il protège. La transposition consiste à intégrer les obligations internationales dans le droit, les politiques et les pratiques nationales, afin que ces droits puissent être invoqués devant les tribunaux nationaux et dans le cadre des services publics au quotidien. La manière dont cela se passe dépend du système juridique de chaque pays :

Dans les **États monistes**, les traités ratifiés sont, en principe, directement applicables et priment sur le droit national. Pourtant, dans la pratique, les tribunaux et les institutions nationales appliquent rarement ces normes, ce qui crée un fossé entre la théorie et la réalité.

Dans les **États dualistes**, les traités ne prennent pas effet du simple fait de leur ratification. Leur incorporation dans l'ordre juridique et leur application nécessitent un acte délibéré du Parlement. En attendant, les engagements pris dans le cadre du Protocole restent des objectifs à atteindre. Dans ces deux systèmes, la domestication fait le lien entre l'engagement et l'expérience vécue. Comblar ce fossé est l'objectif principal de ce guide.

I. Objectif du guide

Ce guide de mise en œuvre sert de feuille de route stratégique pour transposer les normes internationales du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (le Protocole de Maputo) dans le contexte sénégalais.¹ Il fournit une base de référence pour l'analyse juridique, une boîte à outils pour le plaidoyer et un ensemble de critères d'évaluation des politiques visant à garantir le respect du droit à l'intégrité physique. Il se concentre sur les dispositions du Protocole relatives à l'autonomie et à l'intégrité corporelles, en examinant l'état d'avancement de leur transposition dans le droit national ainsi que les stratégies de plaidoyer, tout en mettant l'accent sur des recommandations concrètes visant à faire progresser la transposition de ces droits au niveau national.

Section I: Objectif du guide décrit le contenu du guide et la manière de le consulter, ainsi que des exemples d'utilisation.

Section II: Contexte national et cadre juridique analyse les systèmes juridiques et politiques du Sénégal ainsi que l'intégration du Protocole de Maputo, en identifiant les acteurs clés du processus d'intégration dans le droit national.

Section III: État d'avancement de la transposition présente les dispositions constitutionnelles pertinentes en lien avec les articles 5 et 14 du Protocole de Maputo, ainsi que des exemples d'application concrète conformément au Protocole. Elle analyse les lacunes qui entravent la mise en œuvre pratique et propose des pistes d'action à exploiter pour contribuer à une transposition effective au Sénégal.

Section IV: Intitulée « Stratégies de plaidoyer et de lobbying », présente des approches éprouvées qui ont permis d'aboutir à des réformes concrètes tant au niveau local que régional. Elle aborde également les enseignements tirés, en soulignant la nécessité d'un engagement inclusif et cohérent, ainsi que les innovations émergentes qui donnent un nouvel élan au plaidoyer au niveau national.

Section V: Intitulée « Recommandations », formule des recommandations concrètes et applicables, spécifiques à divers acteurs, visant à accélérer les progrès en matière de transposition effective de la législation.

Comment utiliser ce guide

Les différents acteurs peuvent s'appuyer sur les différentes sections du guide de diverses manières afin de faire progresser le plaidoyer coordonné, l'application de la loi et l'allocation des ressources en faveur des droits des femmes.

- La société civile peut utiliser ce guide pour se mobiliser de manière stratégique, en concevant des campagnes fondées sur des données factuelles et en identifiant les ministères à cibler.
- Les parlementaires peuvent utiliser ce guide comme une liste de contrôle pour mener à bien des réformes législatives et exercer un contrôle budgétaire en matière de santé et de sécurité des femmes.

- Les praticiens du droit bénéficieront de recommandations en matière de contentieux s'appuyant sur la jurisprudence du Protocole de Maputo pour défendre l'intégrité physique devant les tribunaux, et les partenaires nationaux pourront coordonner les financements des bailleurs de fonds et l'appui technique afin de combler les lacunes les plus urgentes dans la transposition nationale.

II. Contexte national et cadre juridique

Le Sénégal est une république unitaire située en Afrique de l'Ouest, dont la population est estimée à environ 18 millions d'habitants, et qui fonctionne selon un système de gouvernement présidentiel.² Le pays est majoritairement francophone ; le français y est la langue officielle, parallèlement à des langues nationales largement parlées, notamment le wolof. Ce pays est largement considéré comme l'un des États les plus stables politiquement de la région, se caractérisant par un engagement constant en faveur de la gouvernance démocratique et de l'ordre constitutionnel, ainsi que par une tradition de transitions politiques pacifiques.³ Aux niveaux régional et international, le Sénégal est un membre actif de plusieurs organisations multilatérales, notamment l'Union africaine (UA), la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et l'Organisation internationale de la Francophonie.⁴ Le pays a ratifié le Protocole de Maputo en 2005, s'engageant ainsi officiellement à promouvoir et à protéger les droits des femmes, notamment en ce qui concerne la santé reproductive et l'autonomie corporelle.⁵ Toutefois, malgré cette ratification formelle, la transposition dans le droit national et la mise en œuvre effective des dispositions clés du Protocole restent limitées au sein du cadre juridique et politique national.

Système juridique et transposition des traités internationaux

S'inspirant de la tradition juridique française, le Sénégal a adopté le statut d'État moniste en matière de droit international et applique le système de droit civil.⁶ En vertu de l'article 98 de la Constitution (22 janvier 2001), les traités et accords dûment ratifiés priment sur les lois nationales, sous réserve de réciprocité.⁷ Cela signifie qu'en principe, les traités internationaux deviennent directement applicables dans l'ordre juridique interne sans qu'il soit nécessaire de les transposer au préalable dans le droit national.

Contrairement aux systèmes dualistes, dans lesquels les traités doivent être formellement transposés dans le droit national avant de produire des effets juridiques, le cadre moniste facilite en théorie la transposition automatique des obligations internationales.⁸

Cependant, l'application des traités internationaux au Sénégal reste incomplète. Malgré leur primauté formelle, les normes internationales sont rarement invoquées ou appliquées par les juridictions nationales, et leur mise en œuvre effective dépend souvent de mesures législatives et politiques complémentaires.⁹ Cela entraîne un décalage entre les engagements internationaux du pays et leur transposition dans le droit national, en particulier dans des domaines sensibles tels que les droits reproductifs.

Principales parties prenantes institutionnelles

Le processus de transposition du Protocole de Maputo est complexe ; il implique toutefois un certain nombre d'acteurs aux intérêts divergents, dont les rôles sont à la fois complémentaires et, parfois, contestés.¹⁰ Au niveau gouvernemental, trois ministères clés – le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et le ministère de la Condition féminine, de la Famille et de l'Égalité des genres – jouent un rôle central dans la transposition et le suivi des politiques conformes aux obligations internationales.¹¹ Le Parlement joue un rôle législatif primordial, notamment par l'intermédiaire de ses commissions parlementaires spécialisées, qui sont chargées d'examiner, de débattre et d'adopter les réformes juridiques nécessaires à l'intégration des normes internationales dans le droit national.¹² Le pouvoir judiciaire joue également un rôle essentiel dans ce contexte, compte tenu de sa compétence pour interpréter et appliquer tant le droit national que le droit international, en particulier dans le cadre juridique moniste du Sénégal.

Les organisations de la société civile sénégalaises jouent un rôle important dans le plaidoyer et la sensibilisation. Par exemple, la Task Force pour l'accès à l'avortement médicalisé en cas de viol et d'inceste mène des actions de sensibilisation auprès des décideurs politiques et informe le public sur l'accès à l'avortement médicalisé en cas de viol et d'inceste.¹³ Des organisations de la société civile telles que la Task Force, la Ligue sénégalaise des droits de l'homme (LSDH) et l'Association des juristes sénégalais (AJS) s'engagent activement dans la défense des droits des femmes au Sénégal et mènent ce combat, en recueillant des éléments de preuve et en promouvant des réformes structurelles conformes aux normes internationales.

Les acteurs religieux et culturels comptent parmi les parties prenantes les plus influentes dans le processus d'adaptation au contexte national. Le Sénégal est un pays à majorité musulmane dans lequel deux confréries soufies, la Mouridiyya et la Tijaniyya, exercent une autorité sociale, politique et morale considérable qui s'étend bien au-delà de la mosquée pour toucher la vie familiale, les normes communautaires et la prise de décision politique.¹⁴ Leurs chefs, appelés « *marabouts* », jouissent d'une loyauté personnelle profonde et influencent les opinions publiques sur des questions telles que les rôles de genre et la santé reproductive. Cette influence agit à la fois comme un obstacle et comme un point d'entrée : si les interprétations conservatrices ont historiquement renforcé la résistance à la réforme des droits en matière de reproduction, il existe sur tout le continent des exemples avérés de responsables religieux devenus de fervents défenseurs de la planification familiale lorsqu'ils ont été impliqués dans le cadre d'approches ancrées dans la culture et fondées sur les textes sacrés.

Les organisations internationales interviennent en tant que partenaires techniques et financiers, en soutenant les initiatives locales et en encourageant les efforts en faveur du progrès.¹⁵

III. État d'avancement de la domestication

Cadre juridique et politique de référence

Le droit à la santé est garanti à tous les citoyens sénégalais, comme le prévoit l'article 17 de la Constitution, qui garantit l'égalité d'accès aux services de santé et au bien-être.¹⁶ L'article 98 de la Constitution prévoit que les traités ratifiés priment sur toute législation contraire, tant sur le plan juridique que judiciaire.

En 1999, le Sénégal est devenu le quatrième pays à adopter une loi interdisant les mutilations génitales féminines (MGF).¹⁷ Le Code pénal érige en infraction l'ablation totale ou partielle, l'excision ou toute autre forme de mutilation génitale féminine.¹⁸ La position du Sénégal contre les mutilations génitales féminines (MGF/C) s'appuie sur plusieurs instruments internationaux, notamment la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF).¹⁹ La CEDEF a constitué le principal cadre international incitant les États à éliminer les mutilations génitales féminines (MGF), un engagement qui a ensuite été renforcé par l'article 5, point b), du Protocole de Maputo.²⁰ En 2000, le gouvernement sénégalais a adopté le Plan d'action national pour l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines/excision 2000-2005.²¹ Cette initiative visait à accélérer l'abandon des mutilations génitales féminines (MGF) dans le pays en contribuant à améliorer les connaissances générales sur les MGF et les droits des femmes, en intégrant ces enseignements dans l'éducation formelle et informelle, en améliorant l'accès aux soins pour les victimes de MGF et en faisant respecter la loi contre les MGF sur l'ensemble du territoire sénégalais.²¹ Cela témoigne de l'engagement du pays à protéger les filles et les femmes sénégalaises contre les mutilations génitales féminines (MGF/C), et ce plusieurs années avant l'adoption du Protocole.

La loi sénégalaise sur la santé reproductive, la loi n° 2005-18, reconnaît le droit à la santé reproductive comme un droit humain fondamental et s'inscrit ainsi dans le droit fil de l'article 14 du Protocole.²² Cependant, la législation reste très restrictive en matière d'avortement.²³ Il n'autorise l'avortement que pour sauver la vie de la mère. Les femmes et les jeunes filles sénégalaises qui tombent enceintes à la suite d'un viol, d'un inceste ou d'une agression sexuelle n'ont toujours pas le droit à un avortement légal, contrairement aux dispositions de l'article 14, point c), du Protocole de Maputo.²⁴

Les modifications apportées au Code pénal en 1999 ont érigé en infractions pénales l'inceste, le viol, le harcèlement sexuel et les mutilations génitales féminines (MGF).¹⁸

En 1980, le Sénégal a abrogé une loi restrictive promulguée par le régime colonial français qui interdisait la planification familiale.²⁵ En 1981, le gouvernement a mis en place un programme national visant à encadrer les services d'information, d'éducation, d'accompagnement psychologique et de planning familial.²⁶ Elle a annoncé la Politique nationale de démographie en 1988, donnant ainsi son aval officiel et politique aux programmes de planification familiale au Sénégal.²⁷ Par ailleurs, le Population Council a ouvert son bureau de Dakar en 1989, en collaboration avec le ministère sénégalais de la Santé, afin de mettre en place un modèle de distribution communautaire des services de planning familial.²⁸ À la suite de l'évaluation de ses programmes démographiques, le gouvernement a élaboré le premier programme officiel de santé reproductive et a créé, en 2001, une direction chargée de la santé reproductive afin de coordonner les services de planning familial et de santé maternelle. La création de cette division s'inscrit dans le droit fil de l'article 14, paragraphe 2, point a), du Protocole, qui impose aux États de fournir des services de santé sexuelle et reproductive adéquats, abordables et accessibles. Si ces initiatives ont permis de jeter les bases des services de planification familiale et de santé reproductive, elles se sont heurtées à des problèmes liés à un accès insuffisant et à la mauvaise qualité des services proposés. Le programme a également été freiné par des dispositions insuffisantes en matière de protection des prestataires et de droits des usagers.²⁹

Au milieu des années 1980, le Sénégal a mis en place le premier Programme National de lutte contre le SIDA, qui a été réorganisé en décembre 2001 pour devenir le Conseil National de lutte contre le SIDA, afin de favoriser une approche multisectorielle mieux coordonnée.³⁰ Ce programme a mis en place des mesures visant à prévenir la propagation du VIH/SIDA, tout en assurant un suivi continu de la prévalence grâce à un modèle de surveillance sentinelle. Il a également instauré plusieurs politiques de santé à long terme, telles que la priorité accordée à la sécurité transfusionnelle et l'obligation d'enregistrement et de contrôles réguliers pour les travailleurs du sexe.³¹ Bien que ces interventions aient permis de sensibiliser davantage la population en général, elles n'ont pas réussi à cibler les groupes particulièrement vulnérables, tels que les femmes, ce qui a entraîné des inégalités dans l'accès aux services.³² Le programme de santé reproductive de 2001 comprenait des services visant à lutter contre la propagation des infections sexuellement transmissibles (IST), mais présentait des lacunes en matière de protection des personnes vivant avec le VIH et de transmission délibérée du sida.³³ Ces difficultés ont empêché le Sénégal de réaliser pleinement les objectifs de l'article 14 du Protocole, qui vise à promouvoir les droits des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive.

Progrès réalisés depuis la ratification

La loi sur la santé reproductive (loi n° 2005-18), promulguée en 2005, prévoit l'autonomie de choix des couples en matière de planification familiale. L'article 9 stipule que toute personne a le droit de décider d'avoir ou non des enfants, ainsi que du nombre d'enfants et de l'espacement entre les naissances. Cette disposition est en parfaite conformité avec l'article 14, paragraphe 1, point c), du Protocole de Maputo. L'article 10 garantit également l'accès aux soins de santé reproductive sans discrimination fondée sur le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil ou l'origine ethnique ou religieuse. L'article 16 érige en infraction pénale la transmission volontaire du sida par des rapports sexuels non protégés, conformément à l'article 14, paragraphe 1, point d), du Protocole. En cas de transmission volontaire du sida, la loi prévoit une peine pouvant aller jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et une amende pouvant atteindre 1 million de FCFA lorsque les rapports sexuels étaient consensuels, ainsi que la peine maximale prévue pour l'abus sexuel sur mineur. Ces dispositions sont entrées en vigueur peu après la ratification du Protocole, réaffirmant ainsi l'engagement du pays en faveur de la protection des droits reproductifs des femmes.

La loi sur la santé reproductive prévoit également, au chapitre 2, article 4, que les services de santé doivent inclure des conseils, des informations, une éducation et des activités de recherche en matière de planification familiale, une obligation prévue à l'article 14, paragraphe 2, point a), du Protocole, qui impose aux États parties d'éduquer les femmes en matière de santé sexuelle et reproductive. La loi vise également à promouvoir la maternité sans risque grâce au suivi de la grossesse, de l'accouchement et des soins post-partum. Les services postnataux prévus par la législation comprennent le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel des nourrissons, la promotion de l'allaitement maternel exclusif, les bonnes pratiques de sevrage et la vaccination. La loi fournit également des lignes directrices pour la mise en œuvre intégrale de l'article 14 du Protocole de Maputo relatif aux droits des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive.

Depuis la ratification, le gouvernement a également adopté une série de politiques nationales en matière de population et de santé reproductive, dont les plus récentes sont la Politique

nationale de santé reproductive et la Politique nationale de population. Ces politiques successives poursuivent des objectifs communs, notamment la réduction des taux de mortalité maternelle, l'extension de la couverture des services de planning familial à l'échelle nationale et une action ciblée visant à répondre aux besoins spécifiques des adolescents en matière de santé reproductive. L'intégration de la santé reproductive dans le cadre juridique et les orientations politiques du pays s'est répercutée sur la société, façonnant progressivement les attitudes de la population et faisant progressivement disparaître les préjugés à l'égard de la contraception et du planning familial.³⁴ Le Sénégal est donc en parfaite conformité avec l'article 14, paragraphe 1, points a) et b), du Protocole de Maputo relatif au droit de contrôler sa fécondité et d'accéder à la contraception.

À la suite de la ratification, le Sénégal est passé d'une simple incrimination des mutilations génitales féminines (MGF) à la mise en place d'un dispositif de protection intégrant des mesures judiciaires aux structures législatives. La loi sur la santé reproductive a codifié le droit à l'intégrité physique et a imposé à l'État de fournir un soutien médical et psychologique aux survivantes des mutilations génitales féminines (MGF). Le référendum constitutionnel de 2016 a en outre renforcé le cadre juridique grâce à son article 7, qui garantit expressément le droit à la santé et à l'intégrité physique, offrant ainsi une base plus solide pour les actions en justice visant à lutter contre les mutilations génitales féminines (MGF). La mise en œuvre par le Sénégal de plans d'action nationaux successifs a marqué un tournant dans son approche, passant d'une approche purement axée sur l'application de la loi à un modèle piloté par les communautés, adoptant officiellement l'approche Tostan, afin de favoriser l'abandon volontaire de cette pratique.³⁵ L'approche de Tostan s'est appuyée sur l'éducation non formelle aux droits de l'homme et sur l'engagement communautaire, ce qui a contribué à ce qu'un nombre croissant de communautés renoncent à la pratique des MGF/E. Elle a reconnu l'importance d'une éducation non formelle dispensée dans les langues nationales, en recourant à des approches fondées sur l'empathie et le respect afin de mobiliser les communautés touchées par cette pratique. Tostan a mis en œuvre un modèle de « diffusion organisée » dans le cadre duquel les communautés participantes ont pris contact avec d'autres membres de leurs réseaux sociaux élargis, afin de les sensibiliser aux bonnes pratiques sanitaires et aux droits de l'homme. En 2014, les programmes de Tostan avaient touché plus de 1 350 communautés sénégalaises depuis 1997, et 5 935 communautés avaient déclaré publiquement leur intention de renoncer aux MGF/E.³⁶ La prévalence nationale des MGF/E a diminué, passant de 28,2 % en 2005 à 20,1 % en 2023.^{37,38}

La proportion d'administrations publiques dotées de services chargés des questions d'égalité entre les femmes et les hommes est passée de 78,12 % en 2019 à 90,62 % en 2020, ce qui témoigne de l'intégration systémique des principes d'équité.³⁹ Des interventions ciblées telles que le Programme d'appui à la Stratégie nationale d'équité et d'égalité entre les sexes du Sénégal II (2020-2023) et le projet d'appui au suivi et à la mise en œuvre de politiques publiques sensibles au genre (2018-2021) ont favorisé l'élaboration de politiques sensibles au genre et mis en place des outils tels que l'indice d'autonomisation des femmes, répondant ainsi en partie aux dispositions de l'article 5, point c), du Protocole, qui impose à l'État d'apporter un soutien aux femmes victimes de pratiques préjudiciables.⁴⁰ Conformément à l'article 5 relatif à l'élimination des pratiques néfastes, le Sénégal a lancé une série de plans d'action nationaux, dont le plus récent est la Stratégie nationale de lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF) 2022-

2030.⁴¹ Les engagements pris au titre de l'article 14 se traduisent par des programmes axés sur la santé, tels que le Plan national de développement sanitaire 2018-2023, les stratégies de planification familiale et les plateformes de réinsertion des femmes atteintes de fistule. Des initiatives telles que le programme « École des Maris » permettent d'impliquer davantage les hommes dans la promotion de la santé maternelle et de l'égalité entre les sexes, soulignant ainsi l'approche globale adoptée par le Sénégal pour s'acquitter de ses obligations au titre du Protocole de Maputo.⁴²

Le Sénégal a également réalisé des progrès significatifs en matière de protection des femmes contre la transmission intentionnelle du VIH et des IST, en alignant sa législation nationale en matière de santé sur l'article 14 du Protocole, qui garantit aux femmes le droit à l'autoprotection et à l'information sanitaire sur les IST, y compris le VIH/SIDA. La loi sur la santé reproductive a marqué une étape décisive, puisqu'elle a consacré la santé reproductive comme un droit humain fondamental. Cette avancée a été renforcée par la loi de 2010 sur le VIH/SIDA, qui érige en infraction pénale la transmission intentionnelle du virus tout en protégeant les personnes qui pratiquent des rapports sexuels protégés ou qui ignorent leur statut sérologique.⁴³ Ces avancées juridiques ont permis une expansion massive des centres de prévention de la transmission mère-enfant, dont le nombre est passé de 404 en 2009 à plus de 1 000 en 2011, ce qui a permis de stabiliser la prévalence nationale du VIH à environ 0,31 % en 2022.^{44,45} La loi sur le VIH/SIDA a également instauré officiellement des mesures de protection contre les poursuites judiciaires pour les personnes qui pratiquent des rapports sexuels protégés ou qui ignoraient leur statut sérologique.⁴⁶ L'adoption par le Sénégal d'un modèle de régulation du travail du sexe a permis de mettre en place un filet de sécurité sanitaire grâce à des dépistages obligatoires permettant un diagnostic et un traitement précoces, ce qui a permis de réduire efficacement la transmission.⁴⁷ L'adoption de la loi n° 2020-05 a apporté des modifications au Code pénal afin de reclasser le viol parmi les infractions pénales graves, le faisant passer du statut de délit à celui de crime, et d'alourdir les peines, qui vont désormais d'un minimum de cinq ans à la réclusion à perpétuité dans les cas aggravés. Cet amendement a démontré l'engagement du Sénégal en faveur de l'adoption et de la mise en œuvre d'un cadre juridique plus solide, conformément à l'article 14 du Protocole de Maputo relatif à la promotion des droits des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive.

Lacunes et obstacles

Obstacles juridiques et politiques

Bien que l'article 14, paragraphe 2, point c), du Protocole de Maputo impose la reconnaissance de l'avortement médicamenteux en cas d'agression sexuelle, de viol et d'inceste, le cadre juridique sénégalais reste en contradiction directe avec cette disposition. L'article 305 du Code pénal érige l'avortement en infraction pénale dans ces circonstances, avec pour seule exception, très restrictive, le cas où il s'agit de sauver la vie de la mère. Le Code pénal prévoit une peine d'emprisonnement d'un à cinq ans et une amende comprise entre 20 000 et 100 000 FCFA pour toute personne qui procède ou tente de procéder à un avortement, que la femme y consente ou non. Ces peines sont portées à cinq à dix ans d'emprisonnement et à des amendes pouvant aller jusqu'à 500 000 FCFA pour ceux qui pratiquent régulièrement cette intervention.

Les professionnels de santé, notamment les médecins, les pharmaciens et les étudiants, encourrent les mêmes peines de prison sévères que les tiers (d'un à dix ans) s'ils recommandent, facilitent ou pratiquent un avortement. En outre, les contrevenants sont passibles soit d'une suspension de l'exercice de leur profession pendant au moins cinq ans, soit d'une interdiction définitive d'exercer. Toute personne qui enfreint cette interdiction professionnelle est passible d'une peine d'emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende pouvant aller jusqu'à 500 000 FCFA. Par ailleurs, l'article 305bis du Code pénal sanctionne la distribution de produits abortifs, tandis que l'article 305a érige en infraction pénale les « pratiques favorisant l'avortement », parmi lesquelles figure la diffusion d'informations décrivant des méthodes d'avortement, même si aucun avortement n'est pratiqué.

Une femme qui procède elle-même à un avortement ou y consent est passible d'une peine d'emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 20 000 à 100 000 FCFA. Si le Code de déontologie médicale sénégalais (article 35) prévoit une exception très restreinte pour l'avortement thérapeutique visant à sauver la vie de la mère, il impose toutefois un obstacle procédural quasi insurmontable : il exige l'avis concordant de trois médecins et la soumission formelle d'un protocole par courrier recommandé au président de l'Ordre des médecins, déclarant que l'avortement est nécessaire en tant que seule intervention susceptible de sauver la vie de la mère.⁴⁸ Ces formalités administratives sont si lourdes que les avortements légaux sont extrêmement rares, ce qui prive même les femmes dont la vie est en danger d'un accès concret aux soins.⁴⁹

Au-delà de l'avortement, d'autres obstacles législatifs portent encore davantage atteinte à l'autonomie corporelle. L'article 111 du Code de la famille maintient l'âge légal du mariage à 16 ans pour les femmes, contre 18 ans pour les hommes, une disparité qui expose les jeunes filles au mariage précoce et restreint leur autonomie reproductive.⁵⁰

L'article 14(2) (c), du Protocole de Maputo impose à tous les signataires, y compris le Sénégal, d'autoriser l'avortement en cas de viol et d'inceste. Bien que l'article 98 de la Constitution prévoie que les traités ratifiés priment sur les législations contradictoires, le Code pénal n'a pas été harmonisé avec ces normes internationales, et les réalités vécues par les femmes sénégalaises mettent en évidence l'absence d'une véritable transposition dans le droit interne. Cette lacune illustre clairement un échec systémique à reconnaître les protections plus larges en matière de santé physique et mentale ou les droits des survivantes de violences sexuelles garantis par le Protocole. Plus de vingt ans après la ratification du Protocole de Maputo, la criminalisation persistante de l'avortement, étayée par l'article 305 et les articles connexes, empêche de fait la transposition de la norme africaine relative aux droits reproductifs dans le droit national, privant ainsi les victimes de toute voie juridique leur permettant d'accéder à un avortement sans risque.³⁹

Obstacles socioculturels et religieux

Au Sénégal, les obstacles à la mise en œuvre du Protocole de Maputo trouvent leur origine dans des interprétations conservatrices des textes religieux, qui empêchent une adhésion totale à ce dernier. Le discours conservateur local présente généralement l'avortement et la contraception comme un rejet de la volonté divine ou comme une imposition occidentale.⁵¹ Ces croyances assimilent souvent la contraception moderne à la promiscuité et condamnent l'avortement

comme une transgression morale, même en cas de viol ou d'inceste.⁵² Les MGF/E continuent d'être entretenues par des mythes religieux, tels que la croyance largement répandue selon laquelle elles constituent un moyen de garantir la chasteté féminine (*ghilma*) et qu'une femme non excisée est religieusement impure (*haram*) et que ses prières ne sont pas acceptables aux yeux d'Allah.^{53,54} Les MGF/E sont également souvent considérées comme une condition préalable à l'acceptation sociale et à la possibilité de se marier au sein de certains groupes ethniques.⁵⁵

Ces normes sociales confèrent aux hommes un contrôle important sur l'autonomie reproductive des femmes, ce qui entraîne une stigmatisation généralisée à l'égard de la planification familiale autonome et de l'avortement sans risque.⁵⁶ Les discussions sur la santé sexuelle restent largement taboues, ce qui entrave la circulation de l'information concernant les IST et limite la capacité des jeunes et des femmes marginalisées à bénéficier de soins essentiels sans être jugées ni subir d'ingérence.^{57,58} La législation nationale sénégalaise reste plus restrictive, en partie en raison des pressions exercées par des acteurs religieux influents, notamment les confréries Mouridiyya et Tijaniyya, dont les dirigeants considèrent les dispositions relatives à l'avortement et à la contraception comme des menaces pour les valeurs familiales traditionnelles et ont, depuis toujours, été à l'origine de la résistance législative à toute réforme.⁵⁹ Les *marabouts* jouissant d'une loyauté qui dépasse souvent celle accordée aux institutions de l'État, leur position confère un poids normatif que le simple plaidoyer politique ne peut pas facilement surmonter ; par exemple, les professionnels de santé et les communautés rurales privilégient souvent les codes religieux et coutumiers locaux par rapport aux protections juridiques internationales prévues par le Protocole de Maputo.⁶⁰ Cette dynamique constitue un obstacle majeur à la pleine mise en œuvre des articles 5 et 14 du Protocole, et souligne la nécessité de mettre en place des stratégies d'engagement qui s'inscrivent dans les cadres religieux plutôt que de s'y opposer.

Obstacles structurels et institutionnels

La mise en œuvre des articles 5 et 14 du Protocole de Maputo au Sénégal est en partie entravée par un manque criant de formation spécialisée destinée aux professionnels de la justice et de la santé, qui privilégient souvent la médiation traditionnelle à l'application de la loi face à des pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines/circoncisions (MGF/C).⁶¹ Malgré l'existence de législations locales, le Protocole de Maputo est peu connu des praticiens du droit et de la société civile, ce qui limite son utilisation en tant qu'outil judiciaire.⁶² À cela s'ajoute un manque de sensibilisation : le Protocole de Maputo reste en effet largement méconnu dans les zones rurales, ce qui fait que de nombreuses femmes ignorent leurs droits en matière de santé reproductive.⁶³ Sur le plan structurel, les contraintes importantes en matière de ressources et la forte dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds se traduisent par un financement insuffisant des établissements de santé décentralisés.⁶⁴ L'absence de systèmes de données centralisés contribue également à ces inefficacités, car elle empêche le gouvernement de suivre efficacement les progrès réalisés ou de respecter les engagements pris dans le cadre de la Déclaration d'Abuja en matière de financement de la santé.^{65,66}

Opportunités

Opportunités juridiques et politiques

La contradiction entre le Code pénal sénégalais et l'article 14(2) (c), du Protocole de Maputo, l'avortement restant criminalisé même en cas de viol ou d'inceste, constitue un levier important pour le plaidoyer juridique et la réforme. Ce décalage peut être mis à profit pour promouvoir une législation exemplaire, des actions en justice stratégiques et des formations judiciaires qui mettent l'accent sur les obligations du Sénégal en vertu du droit international.⁶⁷ Les associations de défense des droits peuvent présenter ces réformes comme indispensables à la protection des droits des survivantes et à la réduction des pratiques d'avortement à risque, tout en mobilisant les parlementaires et les commissions de réforme législative afin de combler le fossé entre la législation nationale et les engagements ratifiés.⁶⁸

Opportunités socioculturelles et religieuses

Les normes patriarcales profondément ancrées, la stigmatisation et la résistance religieuse soulignent la nécessité d'un engagement au niveau communautaire et d'un plaidoyer tenant compte des spécificités culturelles. Ces obstacles offrent l'occasion de recadrer la santé reproductive en tant que question de dignité et de bien-être public, tout en mobilisant les chefs religieux et les médias pour faire évoluer les discours.⁶⁹

Le recours à un plaidoyer fondé sur les Écritures s'est révélé être une approche efficace au Kenya et en Zambie.⁷⁰ Les conclusions d'un projet de sensibilisation à la planification familiale mené par des chefs religieux ont confirmé l'existence d'un soutien interconfessionnel en faveur de la planification familiale, fondé sur les notions de « moment propice » et d'« espacement des grossesses » afin de garantir la bonne santé des communautés.⁷¹ Une initiative menée par des organisations confessionnelles au Kenya a confirmé que les chefs religieux pouvaient être de fervents défenseurs de la planification familiale : ce projet a touché près de 700 000 personnes, contre 87 000 personnes touchées par le biais des établissements de santé.⁷²

Le manque de sensibilisation au sein des populations rurales et chez les professionnels ouvre la voie à des campagnes d'éducation ciblées, à des supports d'information adaptés au contexte local et à des plateformes numériques visant à faire connaître le Protocole de Maputo dans des langues accessibles.⁷³

Opportunités structurelles et institutionnelles

Les lacunes structurelles, telles que les contraintes en matière de ressources, la dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds et la faiblesse des systèmes de données, peuvent être transformées en opportunités pour établir des partenariats avec les bailleurs de fonds, mettre en place un financement décentralisé de la santé et améliorer les cadres de suivi, ce qui permettra une mise en œuvre plus efficace des dispositions du Protocole.⁷⁴

Les défis liés à l'efficacité institutionnelle constituent un point de départ pour améliorer la prestation des soins de santé et les systèmes d'information, grâce à l'extension des services de santé reproductive et à l'adoption de modèles inclusifs.⁷⁵ Ces modèles prévoient notamment le recours aux « *visites de courtoisie* », dans le cadre desquelles les professionnels de santé établissent un contact, en présentiel ou à distance, avec les acteurs clés de la communauté

afin de réduire la stigmatisation, de dissiper les idées reçues et d'intégrer les soins post-avortement à la planification familiale, garantissant ainsi aux femmes l'accès à des moyens de contraception après une fausse couche ou un avortement afin de prévenir de nouvelles grossesses non désirées.⁷⁶

IV. Stratégies de plaidoyer et de lobbying

Afin de mieux orienter le débat, il importe, d'une part, de mettre en avant les mesures prises jusqu'à présent et leur impact et, d'autre part, d'identifier leurs limites, afin de pouvoir proposer des pistes susceptibles de faire progresser la transposition du Protocole de Maputo au Sénégal.

Ce qui a fonctionné

Nous savons que des efforts considérables ont été déployés aux niveaux national et sous-régional depuis la ratification du Protocole afin de promouvoir les droits des femmes à l'intégrité physique et à l'autonomie. Ces efforts nous ont permis de mieux comprendre plusieurs aspects juridiques, en particulier dans les pays où la réforme constitue un sujet politiquement sensible.

Les actions de plaidoyer menées au Sénégal ont montré que les approches progressistes ont tendance à donner de meilleurs résultats que les stratégies conflictuelles, en particulier sur des questions sensibles telles que les droits reproductifs.⁷⁷ Le fait d'ancrer le plaidoyer dans les enjeux de santé publique, notamment la mortalité maternelle et les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, s'est révélé efficace pour ouvrir le dialogue politique et réduire les réticences des décideurs.⁷⁸

Par ailleurs, la collaboration entre des organisations de défense des droits des femmes telles que la Fédération internationale des droits de l'homme (FIDH), la plateforme J-Guen et l'Association des avocats sénégalais, qui s'est concrétisée par des réunions et des ateliers de sensibilisation, a désormais permis à l'État, par l'intermédiaire du ministère de la Santé, de suivre de près les rapports sur les taux de mortalité maternelle liés aux avortements clandestins et au recours à des méthodes dangereuses et non réglementées, qui entraînent des taux élevés de complications.⁷⁹ Ces initiatives menées à l'échelle nationale ont permis de réaliser des progrès concrets, tels que l'amélioration des services de prise en charge post-avortement.

Partout en Afrique, et en particulier en Afrique de l'Ouest, plusieurs pays sont allés au-delà de la simple ratification du Protocole de Maputo en entreprenant des réformes juridiques, politiques et institutionnelles qui s'alignent davantage sur ses dispositions. Ces exemples montrent que la domestication est possible même dans le cadre d'un système juridique moniste. C'est le cas au Cap-Vert, un pays dont le cadre juridique s'inscrit globalement dans la tradition moniste, où l'avortement est autorisé sur simple demande au cours des premiers stades de la grossesse.⁸⁰ Cela témoigne d'un haut degré de conformité avec l'article 14 du Protocole et montre comment une réforme législative peut éliminer les contradictions entre les engagements internationaux et le droit national.

De même, le Bénin a engagé en 2021 une réforme historique visant à élargir l'accès à l'avortement dans des conditions plus larges, notamment en cas de détresse socio-économique.⁸¹ Cette réforme montre comment l'engagement parlementaire et un plaidoyer soutenu peuvent

traduire les obligations internationales en changements juridiques concrets, réduisant ainsi les incohérences avec les dispositions du Protocole.

L'Afrique du Sud est considérée comme un exemple à suivre sur le continent, car elle dispose de l'un des cadres juridiques les plus progressistes au monde en matière d'avortement. Une loi de 1996 (la loi sur le choix en matière d'interruption de grossesse) relative au droit à l'interruption de grossesse est entrée en vigueur le 1er février 1997. Cette loi accorde aux femmes et aux jeunes filles le droit d'interrompre une grossesse sur simple demande entre la 12^e et la 20^e semaine.⁸²

Dans les pays où l'avortement est légal et réglementé, des progrès significatifs ont également été réalisés en matière de santé publique. On a constaté une baisse marquée du taux de mortalité maternelle, une diminution du nombre d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et une réduction des coûts hospitaliers.⁸³ Ce sont là des exemples que le Sénégal doit suivre afin de garantir le respect des droits à l'intégrité physique et à l'autonomie consacrés par le Protocole de Maputo.

Enseignements tirés

La réforme juridique, bien qu'essentielle, ne peut se faire en vase clos. Le contexte sénégalais montre que les facteurs socioculturels et religieux influencent considérablement le succès ou l'échec des actions de plaidoyer et des initiatives juridiques. La transposition dans le droit national nécessite une acceptation sociale et une préparation institutionnelle.⁸⁴

Il est essentiel d'associer les responsables religieux et socioculturels. Ces acteurs exercent une influence considérable au sein des communautés ; leur participation au processus de mise en œuvre du Protocole sera déterminante, en particulier s'ils sont formés et informés des enjeux.⁸⁵

La mobilisation de multiples acteurs joue un rôle essentiel dans le processus d'adaptation locale. Pour garantir des progrès durables, une coordination est nécessaire entre les institutions publiques, la société civile, les professionnels de santé et les responsables communautaires. La fragmentation des efforts tend à affaiblir l'impact des actions de plaidoyer.⁸⁶

Stratégies pour une domestication efficace

Défense des Droits et Réforme Législative

Les mesures et réformes juridiques devraient inclure la litige stratégique, l'élaboration de lois types et un dialogue soutenu avec les commissions parlementaires et les instances chargées de la réforme législative. Compte tenu du cadre juridique moniste du Sénégal, il serait également possible de recourir davantage aux normes internationales dans le cadre des procédures judiciaires. Comme l'a fait valoir Joseph Faye, secrétaire général de la LSDH, lors d'une conférence de presse organisée pour présenter les conclusions et les recommandations d'un rapport sur la mise en œuvre du Protocole : « À mon humble avis, s'il y a bien une chose à rectifier, ce sont les dispositions de l'article 305 de la Constitution sénégalaise que les juges nationaux continuent d'appliquer en faisant fi des dispositions de l'article 14 du Protocole de Maputo, violant ainsi les dispositions de l'article 98 de la Constitution sénégalaise, qui stipulent clairement que les traités dûment ratifiés priment sur le droit interne. »⁸⁷

Des réformes sont nécessaires pour mettre la législation nationale en conformité avec l'article 14(2) (c) du Protocole. À l'instar de nombreux pays africains qui ont franchi cette étape avec succès, le Sénégal a besoin d'un système judiciaire proactif et d'une stratégie visant à intégrer les engagements internationaux dans le droit interne sans créer d'obstacles procéduraux supplémentaires. Il est nécessaire de s'appuyer sur des données factuelles, ainsi que sur les normes internationales et constitutionnelles, pour mener une campagne de sensibilisation solide

Par ailleurs, il est essentiel de renforcer le pouvoir judiciaire. Dans un État moniste comme le Sénégal, les juges devraient pouvoir appliquer directement le droit international sans rencontrer de difficultés majeures. En revanche, en Afrique du Sud, les tribunaux de première instance se sont activement appuyés sur les dispositions constitutionnelles et les normes internationales en matière de droits de l'homme dans les affaires relatives aux droits reproductifs. Cela démontre l'importance d'un pouvoir judiciaire à la fois capable et disposé à s'appuyer sur le droit international.

Mobilisation des parties prenantes et création de coalitions

Pour garantir une transposition efficace au niveau national, il ne suffit pas de se concentrer uniquement sur le cadre juridique ; la question de la mise en œuvre est étroitement liée à la politique et au contexte socioculturel. À ce stade, il est essentiel d'impliquer toutes les parties prenantes afin de parvenir à un consensus autour des réformes et d'assurer leur pérennité, comme l'ont fait la FIDH et ses partenaires locaux lorsqu'ils se sont réunis à Dakar pour appeler l'État sénégalais à se conformer au Protocole de Maputo.⁸⁸

Avant tout, les parlementaires jouent un rôle particulièrement important à cet égard, en tant que membres du pouvoir législatif et principaux décideurs politiques. Les éléments sur lesquels fonder leur action ne manquent pas. La santé publique prime sur les intérêts politiques. Lorsque les pouvoirs législatif et judiciaire travaillent main dans la main, une interprétation rigoureuse des lois existantes et susceptibles d'être modifiées peut être envisagée.

Viennent ensuite les responsables religieux et communautaires, dont l'implication est essentielle dans un contexte tel que celui du Sénégal. La forte influence de la religion, de la culture et des valeurs sociales sur l'opinion publique ralentit la mise en œuvre des lois internationales, d'où l'importance de dialoguer avec les principales parties prenantes.

Le rôle essentiel des médias dans ce domaine est de contribuer à façonner et à éclairer l'opinion publique. La stratégie de communication doit recentrer le débat sur l'avortement en le plaçant dans le cadre de la santé publique, pour le bien-être de toutes les femmes.

Des initiatives internationales et nationales telles que l'UA, la FIDH, la Groupe de travail, la LSDH et l'AJS intensifient leurs campagnes de plaidoyer en faveur de la mise en œuvre de l'article 14 du Protocole de Maputo. Elles réclament davantage de mesures dans les domaines de la justice et de la santé, ainsi que le respect par le Sénégal de ses engagements internationaux.

Renforcement des capacités

Le manque d'expertise technique et de capacités institutionnelles freine les progrès dans la mise en œuvre du cadre juridique. La formation des acteurs de la société civile est essentielle pour renforcer les efforts de plaidoyer. Le renforcement de leurs capacités juridiques et politiques

en matière de communication stratégique contribuera à accélérer le processus de plaidoyer et l'adoption du Protocole. De même, le personnel de santé, en particulier les prestataires de soins, a besoin d'une formation pour améliorer les services et élargir le soutien apporté.⁸⁹

Par ailleurs, afin de garantir une interprétation et une application correctes des textes internationaux dans le cadre de la législation nationale, les professionnels du droit doivent bénéficier d'une formation, notamment en matière d'application du droit international relatif aux droits de l'homme.

Il convient de renforcer les capacités de coordination et de plaidoyer des organisations qui pilotent le projet. Afin de garantir la pérennité des actions menées, les parties prenantes doivent élaborer un plan de coordination dans lequel une stratégie de communication sera définie et mise en œuvre.

Approches nouvelles et émergentes

Les défenseurs des droits déploient de plus en plus des stratégies ciblées et à plusieurs volets pour parvenir à la transposition du Protocole de Maputo au Sénégal, allant au-delà de la simple sensibilisation pour s'orienter vers des stratégies ciblées visant à obtenir des changements juridiques et institutionnels concrets.

L'approche la plus prometteuse est une stratégie axée sur le respect des traités : plutôt que de plaider en faveur d'une libéralisation générale de l'avortement, ce qui s'avère politiquement difficile dans le climat religieux et conservateur du Sénégal, les organisations demandent à l'État de rendre des comptes quant aux obligations qu'il a déjà acceptées. En juin 2025, la FIDH a publié une note d'orientation comparative sur la manière dont d'autres États ayant ratifié le Protocole ont légiféré sur les exceptions, offrant ainsi au Sénégal une feuille de route législative concrète.⁹⁰ Cette approche fondée sur une « loi type » est renforcée au niveau continental par la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP), qui a adopté en 2024 une résolution appelant à l'élaboration d'une loi type destinée à orienter la transposition du Protocole dans les législations nationales.⁹¹

La constitution de coalitions constitue un autre levier émergent. En 2025, le lancement par le Sénégal du Plan d'action collaboratif pour le plaidoyer (CAAP), réunissant 36 partenaires sous l'égide du ministère de la Santé, a donné naissance à une plateforme multisectorielle reliant les autorités sanitaires, la société civile et les parlementaires, offrant ainsi aux défenseurs des droits reproductifs un cadre structurel au sein duquel ils peuvent œuvrer pour faire avancer les réformes.⁹²

Par ailleurs, les témoignages centrés sur les survivantes, qui établissent notamment un lien entre la criminalisation des victimes de viol et l'interdiction de l'avortement, s'avèrent efficaces pour recadrer la question en la plaçant sous l'angle de la justice et de la santé publique plutôt que sous celui de la moralité.⁹³

Enfin, un suivi international continu reste essentiel. Dans sa déclaration de septembre 2025 à l'occasion de la Journée internationale de l'avortement sans risque, la Commission africaine a explicitement qualifié l'accès à l'avortement sans risque, au titre de l'article 14, d'obligation légale et non de simple recommandation, conférant ainsi un poids normatif aux actions de plaidoyer menées au niveau national.⁹⁴

V. Recommandations

Pour mettre le cadre juridique sénégalais en conformité avec les articles 5 et 14 du Protocole de Maputo, les mesures concrètes doivent s'attaquer aux barrières culturelles profondément enracinées et aux contradictions juridiques.

Gouvernement et législateurs

- Harmoniser la législation nationale en modifiant les articles 305 et 305 bis du Code pénal afin d'autoriser l'avortement médicamenteux, conformément aux dispositions de l'article 14 du Protocole de Maputo.⁹⁵ À court terme, les législateurs peuvent également supprimer la règle des trois médecins afin de protéger la vie des femmes enceintes.
- Modifier le Code de la famille afin d'harmoniser l'âge du mariage à 18 ans pour les garçons comme pour les filles.
- Allouer des budgets spécifiques en créant des lignes budgétaires distinctes pour la santé reproductive, la santé maternelle, la santé des nouveau-nés, la santé infantile et la santé des adolescents, afin de garantir que les services soient abordables et accessibles, en particulier dans les zones rurales.⁹⁶ De plus, le gouvernement peut améliorer sa stratégie de lutte contre les MGF/E en veillant à ce que l'application stricte de la loi s'accompagne toujours de programmes éducatifs bien financés et menés par les communautés locales, afin de faire évoluer les normes sociales à la base, plutôt que de se contenter de mesures répressives.
- Adopter une législation visant à protéger les défenseurs des droits de l'homme qui œuvrent à la mise en œuvre des dispositions du Protocole.⁹⁷

Professionnels de santé

- Institutionnaliser la formation axée sur les droits en mettant en place une formation obligatoire sur l'Observation générale n° 2 de la Commission africaine, qui précise que les professionnels de santé doivent faire passer la santé de la femme avant l'obligation légale de signalement.⁹⁸
- Adopter les modèles de visites de courtoisie afin d'instaurer un climat de confiance entre les établissements de santé et les communautés locales, et de rassurer les patientes sur le fait que les soins post-avortement constituent un droit confidentiel et non un délit.⁹⁹
- Les autorités sanitaires ont la possibilité de s'appuyer sur la loi n° 2005-18 comme outil fondamental. Ce faisant, elles peuvent promouvoir plus activement des services complets de planification familiale et renforcer de manière stratégique les capacités cliniques nécessaires à la prise en charge post-avortement essentielle.

Dirigeants religieux et traditionnels

- Mettre en place une formation au plaidoyer fondée sur les textes sacrés, qui mette en avant les principes islamiques et chrétiens relatifs à l'espacement des naissances et à

la protection de la vie de la mère, en s'inspirant de l'approche qui a fait ses preuves au Kenya et en Zambie, où le plaidoyer confessionnel a touché près de 700 000 personnes.¹⁰⁰

- Les principaux acteurs peuvent s'associer à d'autres chefs religieux et leur fournir des supports fondés sur des données factuelles afin de lutter contre les mythes tenaces qui perpétuent les MGF/E, notamment l'affirmation infondée selon laquelle cette pratique serait une obligation religieuse, et qui établissent un lien entre la santé reproductive, le bien-être de la communauté et le dividende démographique.¹⁰¹
- Engager directement le dialogue avec les confréries Mouridiyya et Tijaniyya, compte tenu de leur influence considérable sur l'opinion publique, afin de présenter les droits reproductifs comme compatibles avec le bien-être de la communauté plutôt que comme étant en contradiction avec les valeurs religieuses.

Société civile et professionnels du droit

- Mener des actions en justice stratégiques en tirant pleinement parti du cadre moniste sénégalais : les tribunaux sont déjà constitutionnellement tenus, en vertu de l'article 98, d'appliquer le Protocole de Maputo en cas de conflit avec la législation nationale, et les défenseurs des droits devraient établir une jurisprudence de nécessité en invoquant directement ce principe dans les affaires relatives aux droits reproductifs.
- Soumettre des rapports parallèles et alternatifs à la CADHP, en documentant de manière systématique le décalage entre les obligations ratifiées par le Sénégal et les réalités vécues résultant des articles 305 et 305 bis du Code pénal.
- Mener des campagnes de sensibilisation à l'échelle nationale en traduisant le Protocole de Maputo dans les langues nationales, en particulier le wolof, afin de combler le manque de sensibilisation constaté dans les communautés rurales et parmi les professionnels du droit.
- Utiliser la plateforme multisectorielle du CAAP, lancée en 2025, comme un outil structurel permettant de mener une action de plaidoyer concertée et durable, en réunissant des parlementaires, des autorités sanitaires et la société civile autour d'étapes de réforme communes.
- Privilégier un récit centré sur les survivantes qui présente l'interdiction de l'avortement comme une criminalisation des victimes de viol et d'inceste, en ancrant le débat public dans les enjeux de justice et de santé publique plutôt que dans ceux de la moralité, et utiliser les données sur la mortalité maternelle pour demander des comptes aux décideurs quant aux conséquences de leur inaction.

Endnotes

- 1 UA (2003). Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique. Adopté le 11 juillet 2003, entré en vigueur le 25 novembre 2005. Disponible à l'adresse <https://au.int/en/treaties/protocol-rights-women-africa>
 - 2 Atlas Monde (s.d.). Sénégal. Disponible sur <https://www.atlas-monde.net/afrique/senegal/> [consulté le 17 juin 2026]
 - 3 Ricart-Huguet, J. et Ngom, A. W. (2026). Sénégal : entre consolidation démocratique et instabilité politique. Democracy in Africa. Disponible sur <https://democracyinafrica.org/senegal-between-democratic-consolidation-and-political-instability/>
 - 4 Whitlock, H. (2025). La participation du Sénégal aux organisations internationales : une perspective diplomatique. Ambassade du Sénégal, 8 avril. Disponible sur <https://senegalembassy.co.uk/senegals-participation-in-international-organizations-a-diplomatic-perspective/>
 - 5 Centre pour les droits de l'homme (s.d.). Sénégal. Disponible sur <https://www.maputoprotocol.up.ac.za/senegal> [consulté le 17 juin 2026]
 - 6 Germain, I. (2019). Dualism or monism: the integration of international law. Cours-de-droit.net, 29 March. Disponible sur <https://cours-de-droit.net/integration-du-droit-international-en-droit-interne-dualisme-monisme-a121610042/>
 - 7 Constitution du Sénégal de 2001, telle que modifiée jusqu'en 2016. Disponible sur : https://www.constituteproject.org/constitution/Senegal_2016.pdf?lang=en [consulté le 2 avril 2026]
 - 8 Germain, I. (2019). Dualisme ou monisme.
 - 9 Senegal's Constitution of 2001 with Amendments through 2016, Titre VII: Des traites internationaux. Constitution du Sénégal de 2001, telle que modifiée jusqu'en 2016, Titre VII : Des traités internationaux.
 - 10 La Dakarois (2025). Avortement médicalisé : Le Sénégal a ratifié le Protocole de Maputo, mais peine à l'appliquer. 21 April. Available at <https://ledakarois.sn/avortement-medicalise-le-senegal-a-ratifie-le-protocole-de-maputo-mais-peine-a-lappliquer/>
 - 11 IPPF. (2024). Sénégal : l'IPPFAR appelle le gouvernement à respecter ses obligations au titre du Protocole de Maputo à la suite d'un communiqué de presse. 4 juillet. Disponible sur <https://africa.ippf.org/media-center/senegal-ippfar-calls-government-honour-maputo-protocol-obligations-wake-press-release>
 - 12 FIDH (2025). Le Protocole de Maputo et la légalisation de l'avortement thérapeutique en cas de viol ou d'inceste. Comment le Sénégal peut-il modifier sa législation ? Disponible sur https://www.fidh.org/IMG/pdf/20250922_fidh_policybrief-senegal-maputo-en.pdf
 - 13 Teranga Times (2025). Avortement médicalisé au Sénégal : Entre ratification du Protocole de Maputo et blocages juridiques. 22 April. Available at https://www.terangatimesn.com/Avortement-medicalise-au-Senegal-Entre-ratification-du-Protocole-de-Maputo-et-blocages-juridiques_a32.html
 - 14 ACDHRS (2024). The Rights of Marginalized and Vulnerable Groups: The Case of Women in Religion, Tradition, and Culture. Available at <https://www.acdh.rs.org/2024/10/the-rights-of-marginalized-and-vulnerable-groups-the-case-of-women-in-religion-tradition-and-culture/>
- ACDHRs (2024). Les droits des groupes marginalisés et vulnérables : le cas des femmes dans la religion, la tradition et la culture. Disponible à l'adresse <https://www.acdh.rs.org/2024/10/the-rights-of-marginalized-and-vulnerable-groups-the-case-of-women-in-religion-tradition-and-culture/>
- 15 SenePlus (2025). Le Sénégal invité à se conformer au Protocole de Maputo. 24 January. Available at <https://www.senepius.com/article/le-senegal-invite-se-conformer-au-protocole-de-maputo>
 - 16 Senegal's Constitution of 2001 with Amendments through 2016. La Constitution du Sénégal de 2001, telle que modifiée jusqu'en 2016.
 - 17 UNFPA Senegal (1999). Human Rights Key to Ending FGM\C Legislation is Just One Aspect of an Effective Campaign. Available at <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/LawSenegal.pdf>
- UNFPA Sénégal (1999). « Les droits de l'homme, clé pour mettre fin aux MGF/E : la législation n'est qu'un aspect d'une campagne efficace ». Disponible à l'adresse <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/LawSenegal.pdf>
- 18 Penal Code 1965 (as of 1999). Available at <https://ihl-databases.icrc.org/en/national-practice/penal-code-1965-1999>
- Code pénal de 1965 (version de 1999). Disponible à l'adresse <https://ihl-databases.icrc.org/en/national-practice/penal-code-1965-1999>
- 19 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (2019). « Huitième rapport périodique présenté par le Sénégal en vertu de l'article 18 de la Convention, dont la date de remise était prévue en 2019 ». CEDEF/C/SEN/8, 12 décembre. Disponible sur <https://docs.un.org/en/CEDAW/C/SEN/8>
 - 20 Kane, Z. (2019). *La CEDEF et le Sénégal : les discriminations persistent*. Bonn : Fondation Heinrich Böll. Disponible

- à l'adresse <https://www.boell.de/en/2019/12/10/cedaw-and-senegal-discriminations-still-persist>
- 21 Ministère de la Famille, de la Solidarité nationale et de l'Entrepreneuriat féminin (2008). Évaluation du Plan d'action national pour l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines. Disponible à l'adresse https://tostan.org/wp-content/uploads/Summary_of_evaluation_of_FGC_National_Plan_Eng_REV.pdf
 - 22 IHRDA (n.d.). Law No. 2005-18 of 5 August 2005 Relating to Reproductive Health: Explanatory Statement. Available at <https://sgbv-ihirda.uwazi.io/en/entity/s7wfj2s348k?page=1> [accessed 3 April 2026]
 - 23 Rutgers (2023). Santé sexuelle et reproductive des adolescents 2023. Disponible à l'adresse <https://rutgers.international/wp-content/uploads/2023/07/Sub-Saharan-Africa-Senegal-Rutgers-ICPD-interactive.pdf>
 - 24 FIDH (2025). Légaliser l'avortement : que doit faire le Sénégal pour enfin respecter ses obligations internationales ? Rapport, 24 juin. Disponible sur <https://www.fidh.org/en/region/Africa/senegal/legalising-abortion-what-must-senegal-do-to-finally-fulfil-its> [consulté le 3 avril 2026]
 - 25 Sidze, E. M., Lardoux, S., Speizer, I. S. et al. (2014). Accès et utilisation des contraceptifs par les jeunes femmes : le rôle des restrictions imposées par les prestataires dans les zones urbaines du Sénégal. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(4). Disponible sur <https://www.guttmacher.org/journals/ips-rh/2014/young-womens-access-and-use-contraceptives-role-providers-restrictions>
 - 26 Ibid.
 - 27 Ibid.
 - 28 Population Council (s.d.). Sénégal – Population Council. Disponible sur <https://popcouncil.org/country/senegal/> [consulté le 17 avril 2026]
 - 29 IHRDA (n.d.). IHRDA (s.d.). Loi n° 2005-18 du 5 août 2005 relative à la santé reproductive : exposé des motifs.
 - 30 Diof, D. (2007). *La politique de lutte contre le VIH/sida au Sénégal : une perspective de la société civile*. New York : Open Society Institute. Disponible sur <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/hiv-aids-policy-senegal-civil-society-perspective>
 - 31 Ibid.
 - 32 Ibid.
 - 33 IHRDA (s.d.). Loi n° 2005-18 du 5 août 2005 relative à la santé reproductive : exposé des motifs.
 - 34 UNFPA (2011). La « petite révolution » du Sénégal en matière de planification familiale. 13 octobre. Disponible sur <https://www.unfpa.org/news/senegals-small-revolution-family-planning>
 - 35 Missiaen, P. (2015). Les contributions de Tostan à la lutte contre les mutilations génitales féminines mises en avant par le gouvernement et les agences des Nations Unies lors d'une conférence de presse nationale. Tostan International, 6 février. Disponible sur <https://tostan.org/tostans-contributions-ending-fgc-highlighted-government-and-un-agencies-national-press/>
 - 36 Ibid.
 - 37 Initiative de recherche sur les MGF/E (s.d.). Sénégal. Disponible sur <https://www.fgmc.org/country/senegal/> [consulté le 5 avril 2026].
 - 38 Sugou, N. F., Ba, M. F., Diongue, F. B. et al. 2025. Évolution des pratiques de mutilations génitales féminines chez les femmes sénégalaises et leurs filles : une analyse secondaire des données de l'enquête démographique et sanitaire (EDS) du Sénégal de 2015 à 2023. *BMC Public Health* 19(25). Disponible sur <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12362892/>
 - 39 CIDPH (2022) Sénégal : 12e, 13e, 14e et 15e rapports périodiques, 2015-2022. Disponible sur <https://achpr.au.int/en/state-reports/senegal-12th-13th-14th-15th-periodic-report-2015-2022>
 - 40 CADHP (2022) Sénégal : 12e, 13e, 14e et 15e rapports périodiques, 2015-2022.
 - 41 Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2024). Les mutilations génitales féminines au Sénégal : une lutte sur plusieurs fronts pour un changement durable. 4 mars. Disponible sur <https://www.afro.who.int/countries/senegal/news/female-genital-mutilation-senegal-multi-pronged-fight-lasting-change> [consulté le 5 avril 2026]
 - 42 Ibid.
 - 43 HIV Justice Network (s.d.). Sénégal. Disponible sur <https://www.hivjustice.net/country/sn/> [consulté le 8 avril 2026]
 - 44 Diouf, O., Gueye-Gaye, A., Sarr, M. et al. (2018) Évaluation des données du programme sénégalais de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) aux fins de la surveillance du VIH. *BMC Infectious Diseases* 18. Disponible sur <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3504-z>
 - 45 ONUSIDA (2021). Sénégal : une réussite en matière d'investissements et d'impact dans la lutte contre le sida. 11 octobre. Disponible sur <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/october/20121011senegal>

- 46 Diouara, A. A. M., Sané, S., Tene, S. D. et al. (2025). Prévalence du VIH chez les femmes enceintes suivant des consultations prénatales au Sénégal en 2021. *BMC Research Notes* 18(1). Disponible sur <https://doi.org/10.1186/s13104-025-07491-x>
- 47 Lépine, A. et Treibich, C. (2020). Aversion au risque et VIH/sida : données issues d'une étude menée auprès de travailleuses du sexe sénégalaises. *Social Science & Medicine* 256 : 113020. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113020>
- 48 Safe2Choose (s.d.). L'avortement au Sénégal. Disponible sur <https://safe2choose.org/abortion-resources/abortion-by-country/senegal> [consulté le 8 avril 2026]
- 49 Archer, N., Finden, A. et Pearson, H. (2018). « La loi, les procès et les peines d'emprisonnement liés à l'avortement au Sénégal ». Lettre d'information de la Campagne internationale pour le droit des femmes à un avortement sans risque, 23 avril. Disponible sur <https://www.safeabortionwomensright.org/news/senegal-the-law-trials-and-imprisonment-for-abortion/>
- 50 Code de la famille, loi n° 72-61 du 12 juin 1972 (telle que modifiée) ; Institut Guttmacher (2025). L'avortement au Sénégal. Fiche d'information, avril. Disponible à sur <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-senegal>
- 51 Diop, B. (2025). Sénégal : là où le corps des femmes appartient à tout le monde sauf à elles-mêmes. *Global Voices*, 27 décembre. Disponible sur <https://globalvoices.org/2025/12/27/senegal-where-womens-bodies-belong-to-everyone-but-themselves/>
- 52 Silumbwe, A., Nkole, T., Munakampe, M. N. et al. (2018). Obstacles et facteurs favorables, au niveau des communautés et des systèmes de santé, à la fourniture et à l'utilisation des services de planification familiale et de contraception dans le district de Kabwe, en Zambie. *BMC Health Services Research* 18. Disponible sur <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3136-4>
- 53 UNICEF (2023). Fiche pays : Sénégal – Synthèse sur les risques de résistance face à l'abandon des pratiques néfastes. Disponible sur <https://www.unicef.org/media/177406/file/Senegal%20Country%20Brief.pdf>
- 54 Karaman, M. I. (2021). Le débat sur l'excision : le point de vue d'un chirurgien musulman. *Revue turque d'urologie*, 47(3) : 193-198. Disponible sur <https://doi.org/10.5152/tud.2021.20546>
- 55 OMS (2011). Motivations socioculturelles des mutilations génitales féminines : stratégies matrimoniales, motivations familiales et justifications religieuses chez les Pulaar de l'Al et les Soninké de la vallée du fleuve Sénégal. Disponible sur <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/66f26f49-ec35-4d1d-8a87-4b7eec07b2a7/content>
- 56 Fasanu, A., Adeyemo, S. C., Awodele, K. et al. (2025). Obstacles perçus à l'accès aux services de planning familial chez les femmes en âge de procréer dans l'État d'Osun, au Nigeria : résultats d'une étude qualitative. *Cureus*, 23 avril. Disponible sur <https://doi.org/10.7759/cureus.82823>
- 57 Gizaw, A. T., Muktar, S. A., Wondimagegene, Y. et al. (2025). Obstacles à la communication en matière de santé sexuelle et reproductive dans le sud-ouest de l'Éthiopie : points de vue des parents, des jeunes et des enseignants. *Frontiers in Reproductive Health* 13(7). Disponible sur <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12106455/>
- 58 Burke, E., Kébé, F., Flink, I. et al. (2017). Étude qualitative visant à explorer les obstacles et les facteurs favorables à l'accès des jeunes en situation de handicap aux services de santé sexuelle et reproductive au Sénégal. *Reproductive Health Matters* 25(50) : 43-54. Disponible sur <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1329607>
- 59 ACDHRS (2024). Les droits des groupes marginalisés et vulnérables.
- 60 UUNICEF (2023). Fiche pays : Sénégal.
- 61 Van Eerdewijk, A., Kamunyu, M., Nyirinkindi, L. et al. (2018). Chapitre 2: Key Findings and Conclusions. In *State of African Women Report 2018*. Available at <https://africa.ippf.org/sites/africa/files/2018-09/SOAW-Report-Chapter-2-Key-Findings-and-Conclusions.pdf>
- 62 Lasseko-Phooko, M. (n.d.). Implementation of the Maputo Protocol: Progress and Challenges. *African Law Matters*. Disponible sur <https://www.africanlawmatters.com/blog/implementation-of-the-maputo-protocol> [consulté le 8 avril 2026]
- 63 Bannister, T. and Edwards. L (2024). Tirer partie du Protocole de Maputo.
- 64 CADHP (2024). Les droits des groupes marginalisés et vulnérables.
- 65 CADHP (2014). Observation générale n° 2 relative à l'article 14.1 (a), (b), (c) et (f) et à l'article 14.2 (a) et (c) du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique. Disponible sur <https://achpr.au.int/sites/default/files/files/2021-05/achprinstrgeneralcomment2rightsofwomenafricaengpdf.pdf>
- 66 ACDHRS (2024). Les droits des groupes marginalisés et vulnérables.
- 67 FNUAP (2011). La « petite révolution » du Sénégal en matière de planification familiale.
- 68 UNICEF (2023). Fiche pays : Sénégal.

- 69 FNUAP (2011). La « petite révolution » du Sénégal en matière de planification familiale.
- 70 Bormet, M., Kishoyian, J., Siame, Y. et al. (2021). « Le plaidoyer en faveur de la planification familiale mené par les organisations confessionnelles est efficace : données provenant du Kenya et de la Zambie ». *Global Health: Science and Practice* 9(2) : 254-263. Disponible sur <https://doi.org/10.9745/ghsp-d-20-00641>
- 71 Lasseko-Phooko, M. (s.d.). Mise en œuvre du Protocole de Maputo.
- 72 Ibid.
- 73 Bannister, T. et Edwards, L. (2024). Tirer parti du Protocole de Maputo.
- 74 ACDHRS (2024). Les droits des groupes marginalisés et vulnérables.
- 75 PNUD (2023). *Rapport parallèle ou alternatif sur la situation des droits des femmes et des filles en Afrique*. New York : PNUD. Disponible sur <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-08/undp-africa-training-manual-shadow-en-2023.pdf>
- 76 HCDH (2015). Groupe de travail du Conseil des droits de l'homme sur la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la loi et dans la pratique. 17 avril. Disponible sur <https://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2015/04/human-rights-council-working-group-issue-discrimination-against>
- 77 Xibaaru (2024). Avortements clandestins : J-Gen Sénégal invite l'Etat à appliquer le protocole de Maputo. 26 juin. Disponible sur https://www.xibaaru.sn/avortements-clandestins-j-gen-senegal-invite-letat-a-appliquer-le-protocole-de-maputo/#google_vignette
- 78 FIDH (2025). Le Protocole de Maputo et la légalisation de l'avortement médical.
- 79 FIDH (2025). Légalisation de l'avortement : Que doit faire le Sénégal pour enfin respecter ses engagements internationaux ? Report, 24 June. Disponible sur <https://www.fidh.org/fr/regions/afrique/senegal/legalisation-de-l-avortement-que-doit-faire-le-senegal-pour-enfin>
- 80 iPleaders (s.d.). Pays où l'avortement est légal. Disponible sur https://blog.ipleaders.in/countries-where-abortion-is-legal/#Cabo_Verde (consulté le 17 juin 2026).
- 81 Safe2Choose (n.d.). Avortement au Bénin. Disponible sur <https://safe2choose.org/fr/abortion-resources/abortion-by-country/benin> (accessed 17 June 2026).
- 82 Ibid.
- 83 Lompo, B. J. (2026). Ces pays africains où l'avortement est (partiellement) légal et ce que cela a changé. *L'Etudiant Africain*, 26 February. Disponible sur <https://letudiantafricain.com/blog-l%C3%A9tudiant-africain/ces-pays-africains-o%C3%B9-lavortement-est-partiellement-l%C3%A9gal-et-ce-que-cela-a-chang%C3%A9>
- 84 La Dakarois (2025). Avortement médicalisé.
- 85 ACDHRS (2024). Les droits des groupes marginalisés et vulnérables.
- 86 SenePlus (2025). Le Sénégal invité à se conformer au Protocole de Maputo.
- 87 Ibid. [LE SÉNÉGAL INVITÉ À SE CONFORMER AU PROTOCOLE DE MAPUTO | SenePlus](#)
- 88 Ibid.
- 89 PRB (2026). L'application du Protocole de Maputo peut réduire les avortements non sécurisés. Fiche d'information. Disponible sur <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2026/01/protocole-de-maputo-fiche-d-information.pdf>
- 90 FIDH (2025). Légaliser l'avortement : ce que doit faire le Sénégal.
- 91 CADHP (2024). Résolution relative à l'élaboration d'une loi-modèle sur la mise en œuvre et l'intégration dans le droit interne du Protocole de Maputo. CADHP/Rés. 592 (LXXX). Disponible sur <https://achpr.au.int/en/adopted-resolutions/achpres592-lxx-2024>
- 92 Gomez Canon, D. (2025). Le Sénégal lance l'initiative CAAP avec un engagement commun en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. PMNCH, 14 août. Disponible sur <https://pmnch.who.int/news-and-events/news/item/14-08-2025-senegal-launches-caap-initiative-with-unified-commitment-to-advance-women-s-children-s-and-adolescents-health>
- 93 IPPF. (2024). Senegal: IPPFAR Appelle aux gouvernements a respecter le Protocole de Maputo.
- 94 CADHP (2025). Statement on International Safe Abortion Day. 28 Septembre 2025. Disponible au <https://achpr.au.int/en/news/press-releases/2025-09-28/statement-african-commission-human-and-peoples-rights-occasion>
- 95 Lane, S. (2025). Nos droits ne sont pas négociables : comment les réserves émises à l'égard du Protocole de Maputo freinent les droits des femmes en Afrique. Equality Now, 11 juillet. Disponible sur <https://equalitynow.org/news/press-releases/our-rights-are-non-negotiable-how-reservations-to-the-maputo-protocol-are-holding-back-womens-rights-in-africa/>
- 96 Lawless, S. (2025). Le CIFF s'associe au ministère sénégalais de la Santé et de l'Hygiène publique pour améliorer l'accès à la planification familiale et à la santé reproductive. - CIFF, 12 novembre. [en ligne] CIFF. Disponible

sur : <https://ciff.org/ciff-partners-with-the-senegalese-ministry-of-health-and-public-hygiene-to-boost-family-planning-and-reproductive-health-access/> <https://ciff.org/africa/ciff-partners-with-the-senegalese-ministry-of-health-and-public-hygiene-to-boost-family-planning-and-reproductive-health-access/> [Consulté le 9 avril 2026].

- 97 ISHR (2023). ACHPR75 : Le Sénégal doit adopter une loi sur la protection des défenseurs des droits de l'homme. 22 mai. Disponible sur <https://ishr.ch/latest-updates/achpr75-the-republic-of-senegal-is-urged-to-adopt-a-law-on-the-protection-of-human-rights-defenders-in-accordance-with-international-standards/>
- 98 ACDHRS (2024). Les droits des groupes marginalisés et vulnérables ; Van Eerdewijk, A., Kamunyu, M., Nyirinkindi, L. et al. (2018). Chapitre 2 : Principaux résultats et conclusions.
- 99 Bormet, M., Kishoyian, J., Siame, Y. et al. (2021). Le plaidoyer en faveur de la planification familiale mené par les organisations confessionnelles porte ses fruits.
- 100 Lasseko-Phooko, M. (s.d.). Mise en œuvre du Protocole de Maputo.
- 101 Diop, B. (2025). Sénégal : là où le corps des femmes appartient à tout le monde sauf à elles-mêmes.
- 102 AU (2003). Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa. Adopted 11 July 2003, entered into force 25 November 2005. Available at <https://au.int/en/treaties/protocol-rights-women-africa>
- 103 Teranga Times (2025). Avortement médicalisé au Sénégal : Entre ratification du Protocole de Maputo et blocages juridiques. 22 April. Available at https://www.terangatimesn.com/Avortement-medicalise-au-Senegal-Entre-ratification-du-Protocole-de-Maputo-et-blocages-juridiques_a32.html
- 104 ACDHRS (2024). The Rights of Marginalized and Vulnerable Groups: The Case of Women in Religion, Tradition, and Culture. Available at <https://www.acdhhs.org/2024/10/the-rights-of-marginalized-and-vulnerable-groups-the-case-of-women-in-religion-tradition-and-culture/>
- 105 SenePlus (2025). Le Sénégal invité à se conformer au Protocole de Maputo. 24 January. Available at <https://www.senepius.com/article/le-senegal-invite-se-conformer-au-protocole-de-maputo>
- 106 Senegal's Constitution of 2001 with Amendments through 2016.
- 107 UNFPA Senegal (1999). Human Rights Key to Ending FGM\ C Legislation is Just One Aspect of an Effective Campaign. Available at <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/LawSenegal.pdf>
- 108 Penal Code 1965 (as of 1999). Available at <https://ihl-databases.icrc.org/en/national-practice/penal-code-1965-1999>
- 109 Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (2019). Eighth Periodic Report Submitted by Senegal under Article 18 of the Convention, Due in 2019'. CEDAW/C/SEN/8, 12 December. Available at <https://docs.un.org/en/CEDAW/C/SEN/8>
- 110 Kane, Z. (2019). *CEDAW and Senegal: Discriminations Still Persist*. Bonn: Heinrich-Böll-Stiftung. Available at <https://www.boell.de/en/2019/12/10/cedaw-and-senegal-discriminations-still-persist>
- 111 Minister of the Family, National Solidarity and Feminine Entrepreneurship (2008). Evaluation of the National Action Plan for the Abandonment of the Practice of Female Genital Mutilation. Available at https://tostan.org/wp-content/uploads/Summary_of_evaluation_of_FGC_National_Plan_Eng_REV.pdf
- 112 Safe2Choose (n.d.). Abortion in Senegal. Available at <https://safe2choose.org/abortion-resources/abortion-by-country/senegal> [accessed 8 April 2026]
- 113 Archer, N., Finden, A. and Pearson, H. (2018). The Law, Trials and Imprisonment for Abortion in Senegal. International Campaign for Women's Right to Safe Abortion Newsletter, 23 April. Available at <https://www.safeabortionwomensright.org/news/senegal-the-law-trials-and-imprisonment-for-abortion/>
- 114 Family Code, Law No. 72-61 of 12 June 1972 (as amended); Guttmacher Institute (2025). Abortion in Senegal. Factsheet, April. Available at <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-senegal>

