



**HAL**  
open science

## **Sexualité des adolescentes nées avec le VIH au Sénégal : entre normes sociales et secrets de famille**

Gabrièle Laborde-Balen, Maimouna Diop, Khoudia Sow, Ndeye Bineta  
Ndiaye, Karim Diop, Bernard Taverne

### ► To cite this version:

Gabrièle Laborde-Balen, Maimouna Diop, Khoudia Sow, Ndeye Bineta Ndiaye, Karim Diop, et al..  
Sexualité des adolescentes nées avec le VIH au Sénégal : entre normes sociales et secrets de famille.  
2023. hal-04122755

**HAL Id: hal-04122755**

**<https://hal.science/hal-04122755v1>**

Preprint submitted on 8 Jun 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Sexualité des adolescentes nées avec le VIH au Sénégal : entre normes sociales et secrets de famille**

Gabrièle Laborde-Balen<sup>1</sup>, Maimouna Diop<sup>2</sup>, Khoudia Sow<sup>2</sup>, Ndeye Bineta Ndiaye<sup>3</sup>, Karim Diop<sup>2</sup>, Bernard Taverne<sup>1</sup>,

1. TransVIHMI (Université de Montpellier, INSERM, IRD), 911, Avenue Agropolis, BP 64501, 34394 Montpellier Cedex 5, France
2. CRCF – Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge clinique de Fann; BP 45690, Dakar Fann, Sénégal
3. DLSI – Division de Lutte contre le Sida/IST, Ministère de la santé et de l'action sociale, BP 7381, Dakar, Sénégal

Conctats : gabrielle.laborde-balen@ird.fr (G. Laborde-Balen), mounassdiop1990@gmail.com (M. Diop), khoudiasow2@gmail.com (K. Sow), binetacoulibly@yahoo.fr (N.B. Ndiaye), diop.karim@gmail.com (K. Diop), bernard.taverne@ird.fr (B. Taverne),

Référence originale :

Laborde-Balen G., Diop M., Sow K., Ndiaye N. B., Diop K. et Taverne B. **Sexuality of adolescent girls born with HIV in Senegal: an anthropological analysis**, *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, 10 (janvier) 2023: 20499361231159296.  
<https://doi.org/10.1177/20499361231159296>

Ci-dessous, version d'auteur en français

### Résumé

**Objectifs :** Au Sénégal, la norme sociale dominante valorise la virginité avant le mariage et érige l'abstinence des adolescents et des adolescentes comme valeur morale cardinale. La sexualité hors mariage reste socialement réprouvée en 2022. L'entrée dans la sexualité des adolescentes vivant avec le VIH soulève diverses difficultés. A Dakar des initiatives émergent pour accompagner ces jeunes, notamment grâce à des applications numériques. Ces dispositifs sont plus rares en milieu rural. Une étude menée en 2021, a exploré le vécu de la sexualité des adolescentes nées avec le VIH, vivant hors de Dakar, les contraintes socio-sanitaires auxquelles elles sont confrontées et l'accompagnement dont elles bénéficient de la part du dispositif de soins.

**Méthode :** L'étude anthropologie « Échec thérapeutique chez les enfants et adolescents vivant avec au Sénégal, hors Dakar [ETEA-VIH, ANRS 12421] » a été menée en 2021 dans 14 hôpitaux régionaux et centres de santé. Des entretiens semi-directifs ont concerné 87 enfants/adolescents VIH vivant avec le VIH, 95 parents/tuteurs et 47 acteurs de santé. L'entrée dans la sexualité des adolescentes a fait l'objet d'une analyse spécifique auprès de 40 adolescents âgés de 12 à 19 ans.

**Résultat :** Généralement, les parents feignent d'ignorer la vie sexuelle de leurs enfants. Les mères redoutent la survenue d'une grossesse hors mariage, car la responsabilité de l'éducation sexuelle leur incombe et la « faute » leur serait attribuée. La survenue d'une grossesse non désirée peut conduire à une exclusion familiale et à un risque de transmission du VIH à l'enfant, par manque d'accompagnement médical et social. Le VIH demeure une maladie stigmatisante que l'on garde secrète dans les familles. Le risque de dévoilement est une préoccupation majeure. Malgré les programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR), la plupart des soignants sont réticents à parler de sexualité et à proposer une contraception aux adolescentes. Des espaces d'informations sont organisés dans quelques hôpitaux régionaux, par des associations formées à la SSR. Ils sont plus rares dans les centres de santé. Les applications numériques et les forums d'échanges sont peu accessibles en milieu rural faute de smartphones et d'accès à internet.

**Conclusion :** En milieu rural, les adolescentes vivant avec le VIH sont confrontées au silence qui entoure la sexualité et le VIH. Une approche individualisée et l'accès confidentiel à la contraception doivent être privilégiés pour les accompagner, avec l'appui des associations de PVVIH.

**Mots clés :** sexualité, VIH, ARV, adolescent, Sénégal, contexte rural, décentralisation

### Introduction

À l'échelle mondiale, on estime que 1,7 million d'adolescents (10 – 19 ans) vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la majorité dans des pays d'Afrique au Sud du Sahara <sup>1</sup>, alors que l'infection pédiatrique a quasiment disparu dans les pays du Nord. En Afrique, les défaillances des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse conduisent à un nombre encore assez élevé de naissances d'enfants porteurs du VIH <sup>2</sup>. Dans le même temps, avec la généralisation des traitements par les médicaments antirétroviraux (ARV) et la prise en charge médicale précoce des enfants nés avec le VIH, le nombre d'adolescents vivant avec le VIH (AvVIH) augmente progressivement. Les bouleversements physiologiques et psychologiques liés à la puberté, font de l'adolescence une période délicate à vivre pour tous les individus. En particulier, se pose pour eux et leur famille, la question de l'entrée dans la sexualité. Les adolescents séropositifs qui vivent leurs

premières expériences sentimentales et sexuelles en se sachant porteurs d'une infection chronique, stigmatisante et transmissible sexuellement, subissent des contraintes spécifiques notamment la peur de la contamination du partenaire et d'être rejeté en cas de divulgation de leur statut sérologique <sup>3</sup>.

Depuis les années 2000, la prise en charge des enfants et des adolescents vivant avec le VIH (AEvVIH), comme celle des adultes, fait l'objet d'un ensemble de recommandations élaborées par des organisations internationales comme l'OMS et des experts de santé publique. Elles ont pour but de guider les pratiques des professionnels de santé. Elles évoluent au fur et à mesure des résultats des recherches scientifiques. Depuis quelques années, une place importante est dévolue à l'accompagnement des EAuVIH à propos des processus d'annonce de la maladie, de l'éducation thérapeutique, des consultations de transition pour le passage de la pédiatrie aux services adultes, et des programmes de santé sexuelle et de la

reproduction (SSR) <sup>4</sup>. En Afrique de l’Ouest et du Centre (AOC), ces recommandations sont généralement appliquées dans les services spécialisés des hôpitaux urbains, qui disposent de personnels formés et compétents <sup>5</sup>.

Au Sénégal, les 13-19 ans représentent environ 36% des 6700 EAvVIH <sup>6</sup>. Plus de la moitié vivent en zone rurale, loin de la capitale. A Dakar, la mise en œuvre des programmes d’accompagnement a permis une amélioration de la prise en charge de ces adolescents. Les conditions de leur application en zone rurale posent diverses difficultés notamment pour les filles, dans un contexte marqué par la stigmatisation du VIH et des interdits socio-culturels.

L’objectif de cet article est de décrire et d’analyser le vécu de la sexualité des adolescentes nées avec le VIH vivant hors de Dakar, les contraintes socio-sanitaires auxquelles elles sont confrontées et l’accompagnement dont elles bénéficient de la part du dispositif de soins.

## Méthodologie

Ce thème est issu d’une étude anthropologique visant à décrire et analyser les dimensions socioculturelles et organisationnelles de la prise en charge médicale et sociale des EAvVIH en milieu rural, réalisée au Sénégal en 2020 – 2021 [ETEA-VIH, ANRS 12421]. Des enquêtes ont été effectuées dans 14 hôpitaux régionaux et centres de santé de 11 régions du Sénégal. Les sites ont été choisis de manière raisonnée pour obtenir une large répartition géographique, une diversité de taille des structures de santé, de nombre de PVVIH suivies, et de contextes socioculturels.

La méthodologie a été basée sur des entretiens semi-directifs et des observations. Les entretiens ont concerné 87 EAvVIH, 94 parents/tuteurs et 47 acteurs de santé. La sélection des participants a été faite selon le principe d’un choix raisonné : les critères étaient la diversité d’âge, de sexe et de situations de succès ou d’échec thérapeutique ainsi que la disponibilité et l’accord des parents et des enfants. Ces entretiens d’une durée 30 à 120 mn, ont été menés en face à face, dans un lieu confidentiel, sans la présence de tiers. Un guide thématique différent a été utilisé pour chaque catégorie d’enquêtés et pre-testé au début de l’enquête. Il a exploré : l’histoire de la maladie, les itinéraires thérapeutiques, l’expérience de la maladie par l’enfant et sa famille, l’entrée dans la sexualité, les relations intrafamiliales, les réseaux de solidarité, l’expérience et les pratiques des soignants ainsi que l’organisation des soins. Dans certains cas, les entretiens ont été répétés pour compléter les informations. Ils ont été conduits dans les structures de soins et parfois au domicile des personnes, avec leur accord. Les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits.

Les informations recueillies auprès des différentes catégories de personnes ont été croisées et triangulées pour apprécier la diversité des expériences et des points de vue. Les entretiens ont été menés jusqu’à saturation des données et complétés par l’examen des dossiers médicaux pour relever les éléments cliniques (poids, taille, pathologies, schémas thérapeutique, mesures de la charge virale).

Les observations ont été menées avec l’appui d’un guide. Elles concernaient le fonctionnement des structures de santé, l’interaction entre les professionnels de santé, les AEvVIH et leurs parents, au cours des consultations. Les observations rédigées sous forme de notes de terrain ont permis de replacer les propos dans le contexte et d’analyser les différentes étapes de la prise en charge.

Les données ont été analysées de manière systématique, par deux approches :

- une analyse de contenu inductive, inspirée de la « Grounded Theory », a été réalisée en codant manuellement les données au fur et à mesure de l’avancement de l’étude. Elle a permis de faire émerger des thématiques nouvelles, en complément à celles identifiées initialement <sup>7</sup>. Les guides d’entretiens ont ainsi été affinés et complétés par un va-et-vient constant entre la collecte et l’analyse des données. Les analyses ont été réalisées à l’aide des outils Word et Excel. Les chercheurs ont procédé à une lecture systématique du corpus, puis une synthèse, dégagant un premier niveau de thèmes, qui ont ensuite été décomposés en sous-thèmes, jusqu’à produire un arbre thématique <sup>8</sup>.

- une analyse des récits de vie reconstruits en combinant les différentes informations recueillies a été effectuée. Cette approche biographique s’est construite à partir de l’interprétation subjective des individus sur leur propre vie et leurs relations au sein de leur environnement familial et social (Creswell et Poth, 2016). Ces deux approches combinées ont permis une analyse dynamique des situations tenant compte de la diversité des interactions et de leur évolution dans le temps.

Parmi les thèmes explorés — histoire et vécu de la maladie, place de l’enfant dans la famille, perceptions et organisation de la prise en charge—l’entrée des adolescents dans la sexualité a fait l’objet d’une analyse spécifique.

L’étude a été menée par une équipe comprenant : cinq assistants de recherche sénégalais (quatre femmes et un homme), titulaires d’un master de santé communautaire ou socio-anthropologie. Ils ont reçu une formation préalable sur l’infection à VIH et sur l’éthique de la recherche. Ils ont mené et retranscrit les entretiens et les observations ; trois anthropologues seniors (deux femmes et un homme), dont deux médecins anthropologues (MD, PhD) et une anthropologue de la santé (PhD) tous trois ayant une expérience en recherche sur le VIH en Afrique de plus de quinze ans. Ils ont supervisé les enquêtes puis procédé à l’analyse des données, en concertation avec les assistants de recherche.

Sur le plan éthique, le protocole (SEN19/84 : "Analyse socio-anthropologique de l’échec thérapeutique chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH en contexte décentralisé au Sénégal") a été approuvé par le Comité national d’éthique pour la recherche en santé du Sénégal le 28 janvier 2020 sous le n°. 000020/MSAS/DPRS/CNERS. Tous les participants ont reçu une information sur l’étude et ont pu poser des questions. Les parents ou tuteurs ont donné leur consentement et les adolescents un assentiment verbal. Les refus de participer à l’étude ont été exceptionnels. A la fin de l’entretien les assistants de recherche ont repris la synthèse des propos avec les enquêtés. Aucune relation préalable n’existait entre les enquêteurs et les participants.

Au moment de la retranscription, par souci d’anonymisation, chaque personne enquêtée a reçu un prénom fictif. Toutes les situations et citations rapportées dans l’article ont été associées à ces prénoms fictifs.

Les chercheurs ont partagé les résultats avec les professionnels de santé, les associations de patients et les autorités de santé du Sénégal au fur et à mesure de l’avancée de la recherche.

## Résultats

Sur les 87 EAvVIH de l'étude, 40 étaient âgés de 12 à 19 ans, parmi lesquels 21 étaient des filles et 19 des garçons, auto-identifiés comme tels. L'âge moyen et médian de ces adolescents aussi bien des garçons que des filles est de 16 ans. Quinze adolescents sont pris en charge dans des hôpitaux régionaux (HR), qui suivent en moyenne 41 enfants (min 23, max 56), et 25 dans des centres de santé (CS), dont la file active est en moyenne de 18 enfants (min 7, max 43). Les HR sont situés en contexte urbain décentralisé, les CS sont le plus souvent dans des zones rurales, parfois très enclavées. L'analyse des récits de vie révèle un ensemble de difficultés qui déterminent les capacités des adolescentes et de leurs familles à gérer l'entrée dans la sexualité. L'exemple d'Amy illustre une de ces situations complexes.

*Amy est âgée de 18 ans, elle habite dans une commune éloignée de la capitale. Sa mère est décédée du VIH lorsqu'elle avait trois ans ; elle a été élevée par Fatou, sa tante maternelle, elle-même mère de trois enfants, dans la famille élargie de son mari, l'oncle d'Amy. Une relation affective forte lie l'adolescente et sa tutrice qui était très attachée à la mère d'Amy. Amy est traitée par ARV depuis le plus jeune âge, sans connaître sa séropositivité. À 17 ans, elle a eu des périodes de révolte et de refus du traitement, et souhaitait connaître la nature de sa maladie. Sa tante craignait le choc de l'annonce et la divulgation de la maladie qu'elle avait toujours soigneusement cachée à son entourage familial. Seuls elle et son mari étaient informés. Après concertation avec l'assistante sociale du centre de santé où Amy est suivie, Fatou lui a révélé sa séropositivité. Son observance au traitement ARV s'est améliorée après ces échanges. Dans l'année qui a suivi, la jeune fille est devenue plus coquette, et sortait souvent avec ses amies. Fatou était préoccupée à l'idée qu'elle puisse avoir des relations sexuelles. Elle s'est confiée à l'assistante sociale. Celle-ci lui a proposé de recevoir le fiancé d'Amy le moment voulu, quand il serait question de mariage, afin de discuter avec lui. Une année plus tard, Fatou découvre qu'Amy est enceinte. Cette grossesse déclenche un scandale familial qui contraint Amy à quitter la maison et à trouver refuge chez une cousine dans un village éloigné. Fatou, sa tutrice, s'est vu reprocher son manque de surveillance et la honte qui retombait sur la famille. Loin du centre de santé où elle était habituellement suivie, Amy n'a pas révélé sa séropositivité et a arrêté de prendre son traitement. Elle a accouché dans un dispensaire proche de son nouveau domicile. Trois mois après la naissance, elle est revenue chez sa tante. A l'âge de 18 mois, son enfant a été testé séropositif.*

L'histoire d'Amy est l'un des multiples récits d'adolescentes vivant nées avec le VIH collectés dans cette étude. Leur dénouement n'a pas toujours été aussi lourd de conséquences que dans le cas d'Amy, mais dans la majorité des cas, les adolescentes et leur famille ont été confrontées à des situations de tension, voire de crises et de conflits. Ces situations révèlent différents types de contraintes auxquelles sont soumises ces adolescentes.

### La sexualité de adolescentes face aux normes sociales

Au Sénégal, la norme sociale dominante valorise la virginité avant le mariage, et érige l'abstinence des adolescents comme valeur morale cardinale. La sexualité avant le mariage est réprochée. L'attitude des parents à l'égard des adolescents varie selon le genre. Pour les filles, les relations sexuelles avant

le mariage sont mal tolérées. La virginité des filles, promue comme un idéal moral passe par la préservation d'une virginité hyménale avant le mariage, preuve anatomique de cette virginité. Aussi, les adolescentes cachent leurs « petits amis », elles se confient parfois à leur mère, quasiment jamais à leur père. C'est le cas de Aïdara qui a une relation sentimentale depuis plus d'un an, à l'insu de son père qui est pourtant très proche de sa fille, de qui il croit tout connaître :

*« On discute beaucoup, on est très complice. Je ne crois pas qu'elle ait un copain, quand je suis là, je n'ai jamais vu personne. Je suis très jaloux, dit-il en plaisantant. Je veux qu'elle se focalise sur ses études, qu'elle passe son bac, qu'elle fasse ses études pour être autonome »*

La survenue d'une grossesse hors mariage jette l'opprobre sur la fille et sa famille ; les chefs de famille en attribuent la responsabilité aux mères ou tuteurs jugés coupables de n'avoir pas su « tenir leur fille ». Ces grossesses sont souvent la cause de violentes tensions familiales dont la crainte explique les tentatives d'avortement. En milieu rural, le mariage précoce des filles est souvent considéré comme la meilleure solution pour se prémunir d'une grossesse fortuite.

La contrainte est moindre pour les garçons, auxquels il est recommandé une simple tempérance ; l'appel à la morale religieuse ou à la discrétion est la seule consigne.

De plus, on parle peu de sexualité dans les familles, cela reste un sujet tabou. Dans ce contexte, les adolescents ont peu accès aux informations concernant la sexualité et les moyens d'éviter des grossesses. Des programmes SSR sont mis en œuvre mais ceux utilisant les nouvelles technologies sont difficilement accessibles aux adolescents vivant loin des centres urbains.

C'est le cas pour Abdoulaye, âgé de 17 ans, suivi dans un HR où une association organise des groupes de paroles. Un groupe WhatsApp a été créé pour favoriser les échanges entre AvVIH, sur différents sujets, y compris la sexualité, mais Abdoulaye n'a pas pu intégrer ce réseau social et ni participer aux discussions :

*« Je n'en fais pas partie [du groupe WhatsApp] parce que je n'ai pas de téléphone pour me connecter. Mon téléphone ne marche pas bien depuis un certain temps et quand il marche, je n'ai pas de crédit pour me connecter ».*

### Le VIH, secret de famille

Les représentations sociales péjoratives à l'égard du VIH alimentent un autre registre de contraintes influençant l'entrée dans la sexualité. Dans les familles, la prise en charge des EAvVIH est le plus souvent marquée par diverses formes de silences autour de la maladie. La préoccupation principale des parents ou des tuteurs est de maintenir le secret le plus absolu sur la maladie de l'enfant, car elle est révélatrice de celle de ses parents biologiques.

Ainsi, Fatoumata vit dans la hantise que sa maladie et celle de ses deux enfants, Oumar 14 ans et Cheikh 20 ans, ne soit découverte. Après la mort de son mari, elle est retournée vivre dans sa famille avec ses enfants où elle cache soigneusement leur statut sérologique :

*« Personne de la famille n'est au courant. En venant j'ai menti à la famille en leur disant que c'est pour leur bulletin de naissance et pièce d'identité que je viens en ville. Mais je ne leur ai pas dit la vraie raison. Je ne voudrais pas qu'on nous fuie, nous sommes une grande famille »*

Lorsque l'enfant est orphelin de parents susceptibles d'être décédés du VIH, le silence des tuteurs sur ces événements est de mise. Pour la mère, remariée, d'un enfant séropositif, le risque de divulgation du statut de l'enfant est perçu comme une menace pouvant conduire à une répudiation, surtout en cas d'union au sein d'un foyer polygame. La nature de la maladie est révélée à l'enfant le plus tardivement possible, de crainte qu'il ne dévoile sans discernement cette information dans l'entourage et le voisinage.

Les parents souhaitent se protéger – et protéger l'enfant – contre les risques de stigmatisation et de discrimination. Diverses stratégies sont mises en place pour préserver la confidentialité parmi les membres d'une même maisonnée. Les médicaments sont cachés, leur administration à l'enfant est sujette à des stratagèmes ; des prétextes sont trouvés pour justifier les fréquentes visites dans le centre de santé. Zeynab, jeune femme de 33 ans, qui vit dans sa belle-famille avec son mari et Hawa, sa dernière fille âgée de 10 ans, tous trois séropositifs, témoigne ainsi de son isolement et de ses difficultés :

*« Je ne peux pas partager le statut de ma fille avec ma belle-famille parce qu'on ne sait jamais. Ils peuvent accepter comme ils peuvent nous rejeter. Si ma mère était là, je pouvais partager le statut de mon enfant de même que le mien, j'aurais quelqu'un qui pourrait discuter avec moi, me consoler. Mais je n'ai personne à qui me confier. Cette maladie n'est pas comme les autres. (...) Pour donner ses médicaments à Hawa, d'habitude, je l'emmène dans ma chambre. Comme elle a d'autres médicaments à cause de ses douleurs, les gens ne doutent de rien. Pour aller aux rendez-vous, je suis obligée de trouver des prétextes, sinon on me demande pourquoi elle doit aller tout le temps à l'hôpital » L'assistante sociale souligne aussi : « Zeynab vit dans une grande famille, elle refuse catégoriquement les visites à domicile. Elle a peur que sa famille connaisse son statut. Elle ne vient pas quand on l'invite aux activités communautaires. Elle se dit tout le temps qu'elle peut croiser des personnes qu'elle connaît. Elle s'auto stigmatise. Elle a parfois peur de discuter avec nous. C'est un peu compliqué avec elle »*

L'entrée d'un adolescent né avec le VIH dans l'âge du mariage et l'éventualité de ses premières relations sexuelles réactivent les craintes de ses parents. Ils sont partagés entre le désir que leur enfant puisse avoir une vie normale en respectant les convenances sociales à travers le mariage, et la peur qu'à cette occasion ne soit publiquement révélée l'existence de la maladie dans la famille. L'histoire malheureuse de Khady témoigne des conséquences d'une divulgation publique :

*Khady a été contaminée à l'âge de 10 ans, à la suite d'un viol. Son père a déménagé avec elle, pour mettre fin aux rumeurs sur le viol et la séropositivité, qui compromettaient la réputation de la famille et l'avenir de sa fille. A l'âge de 17 ans, elle s'est mariée avec un garçon de 20 ans, sans l'informer de son statut sérologique. Le jour du mariage, un invité l'a reconnue et a informé le marié et sa famille de la maladie de Khady. Le mariage a été célébré à 17h, à 20h, le divorce a été prononcé, et tout le quartier savait que c'est à cause du VIH. Par la suite, Khady a quitté la région et sa famille, pour s'installer à Dakar, où le risque de rencontrer des personnes qui la connaissent est moindre.*

Les questions d'entrée dans la sexualité avec la maladie, de divulgation ou non du statut sérologique sont des préoccupations angoissantes pour les adolescents. Ils se

demandent en outre, s'ils seront capables, avec leur maladie, de remplir les rôles qui leur sont socialement attribués, de mariage et de procréation pour les filles, de soutien de la famille et des parents vieillissants, pour les garçons. Les professionnels de santé peinent à trouver des réponses adaptées.

### Les réponses timides des acteurs de santé

Les exigences gouvernementales imposent aux professionnels de santé, sur l'ensemble du pays, de participer à la mise en œuvre de divers programmes en SSR qui sont en principe ouverts aux adolescents. Notre enquête montre que dans les zones rurales, nombre de professionnels désapprouvent les stratégies qui facilitent l'accès à la contraception des adolescents. Pour des raisons morales personnelles ou par crainte d'être accusés de favoriser la sexualité hors mariage, beaucoup sont réfractaires à l'idée de délivrer une contraception pour des adolescents. La criminalisation de l'interruption de grossesse conduit certains soignants à signaler à la gendarmerie les suspicions d'avortement volontaire afin de ne pas être poursuivis pour complicité.

Le contexte politique national actuel au Sénégal renforce les craintes des acteurs de santé. Depuis plusieurs années, on observe la montée en puissance de discours conservateurs et moralisateurs, portés par des chefs religieux et relayés par les médias, qui trouvent un écho au sein de la société. Les attaques concernent des émissions de télévision accusées de faire la promotion de l'adultère, des artistes qui ont des attitudes tolérantes à l'égard de l'homosexualité, et même des associations de défense des droits humains. Ces discours aux accents identitaires condamnent l'influence des pays du Nord, supposés vouloir imposer leurs propres valeurs en Afrique.

Face à cette évolution, les autorités sanitaires ont parfois elles-mêmes des positions ambiguës, par crainte d'être accusées de promouvoir des conduites contraires aux bonnes mœurs. Dans le domaine de la lutte contre le sida, elles sont exposées aux critiques du fait des programmes en faveur des « populations clés » en particulier des MSM. Ainsi, bien que les programmes de prévention prônent l'usage du préservatif pour éviter les contaminations par le VIH (et les grossesses non désirées par la même occasion), les messages du Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) destinés aux jeunes diffusent encore, en 2021, des messages de type ABC (Abstinence, Be Faithful, Use a Condom), qui mettent l'accent sur l'abstinence plutôt que sur l'utilisation du préservatif.

Dans les structures de santé, les questions concernant la sexualité des AvVIH sont le plus souvent gérées par les assistants sociaux et les médiateurs en lien avec des associations de PVVIH. Ces acteurs ont un rôle central dans l'accompagnement des EA-VIH ; ce sont eux qui connaissent le mieux l'histoire de leur maladie, qui les conseillent et tentent de renforcer leur adhésion au suivi médical. Pour renforcer la motivation à prendre le traitement ARV, toujours aussi contraignant, ils rappellent fréquemment « qu'avec les ARV on peut vivre normalement, se marier et avoir des enfants (...) ; on n'est pas obligé de dire que l'on est malade ». S'ils abordent ainsi de manière lapidaire les questions de sexualité, il est rare qu'ils développent ce sujet. Pour eux aussi, la sexualité n'est envisagée que dans le cadre matrimonial : ils promeuvent l'abstinence avant le mariage – qu'ils préconisent le plus tard possible – et suggèrent aux parents et aux adolescents de revenir « quand ce sera le moment ». Cette attitude qui consiste à différer la réponse traduit les difficultés des acteurs de santé à proposer des solutions en adéquation à la fois avec leurs valeurs morales et avec les besoins des jeunes

génération. Lorsque l'éventualité d'un mariage se précise, certains médiateurs proposent diverses stratégies pour informer le futur conjoint : réalisation d'un dépistage du VIH aux deux prétendants, puis annonce de la séropositivité avec mise en garde de poursuites judiciaires si l'un d'eux décidait de divulguer le diagnostic. C'est la méthode utilisée par une médiatrice, dans un centre de santé urbain :

*« Si ça devient plus sérieux, je lui conseille de faire venir son fiancé pour réaliser le dépistage ensemble et faire comme si elle n'avait jamais fait le test. On a eu une dame qui a rencontré un homme, elle a dit qu'elle voulait se marier mais elle ne voulait pas encore partager son statut avec le garçon, « parce que je ne sais pas comment il va réagir ». Ils sont venus, ils ont fait le test, pour le garçon c'était négatif. Je lui ai dit « cette fille a été mariée, tu le sais, et son mari est décédé, donc elle a fait un test de dépistage, et c'est positif. Mais toi ton test de dépistage est négatif, mais vous pouvez vous marier sans qu'elle te contamine, et vous pouvez avoir des enfants, si elle prend correctement ses médicaments avec une charge virale indétectable ». Ils se sont mariés, ils ont eu des enfants, et le couple a réussi jusqu'à présent, je n'ai pas entendu de problème. »*

Devant la crainte de révéler la séropositivité mais la nécessité, surtout pour les filles, de trouver un conjoint, certaines associations de PvVIH proposent une solution pragmatique. Elles jouent le rôle d'entremetteur en facilitant l'identification d'un conjoint parmi leurs membres, favorisant ainsi une sorte d'endogamie sérologique qui garantira la préservation du secret. Ainsi que l'explique une responsable associative :

*« On a beaucoup de cas. Il y a une jeune fille de 17 ans qui s'est mariée au niveau de l'association. L'homme est beaucoup plus âgé qu'elle, mais il n'avait pas de femme. Et elle voulait se marier, mais ne savait pas comment faire, sans révéler son statut. Ils se sont rencontrés à l'association et ils se sont mariés »*

Ces solutions ne répondent que partiellement aux demandes et aux besoins des adolescents, de plus, elles sont limitées aux localités urbaines où des associations ont pu s'implanter et développer des activités d'accompagnement. Dans les zones rurales reculées, les associations sont rares, le nombre restreint de PvVIH suivies dans les structures sanitaires conduit les PvVIH à éviter de se rencontrer de peur de divulguer leur statut sérologique.

Ainsi, en dehors des grands centres urbains, les adolescents sénégalais ont un accès très limité, voire inexistant, aux informations sur la sexualité et la contraception. Les adolescentes nées avec le VIH sont confrontées au silence imposé sur la maladie et au déni de leur sexualité, avec parfois pour conséquences des grossesses non désirées et une majoration du risque d'exclusion familiale, de rupture du suivi médical et de transmission de l'infection à VIH à l'enfant.

## Discussion

### Forces et limites de l'étude

Cette étude est la première à mettre en évidence l'impact des contraintes sociales et de l'offre de SSR sur l'entrée dans la sexualité des adolescentes nées avec le VIH au Sénégal. Il s'agit d'une thématique issue de la recherche sur le terrain, dans la perspective de la « grounded theory ». Elle a notamment mis à jour les réticences des professionnels de santé à fournir une offre de contraception aux adolescentes dans les localités rurales. Le caractère multisites et multirégions de l'étude

permet de couvrir une grande part des contextes culturels et sociaux du pays. La reconstitution de récits de vie à partir de plusieurs sources d'informations triangulées permet d'offrir un point de vue riche et précis sur les expériences sociales des adolescents, de leurs proches et des acteurs de santé. Cette étude présente cependant quelques limites. Malgré leur diversité, les expériences relatées dans cet article peuvent ne pas refléter toutes les expériences vécues dans l'ensemble du pays. De plus, notre étude concerne les localités décentralisées, rurales ou semi-urbaines et ne rend pas compte des dynamiques en cours dans la capitale et quelques grands centres urbains, où des initiatives pour accompagner les adolescents dans leur sexualité sont en cours. Enfin, nous avons mis en évidence les situations les plus difficiles, ce qui a pu masquer des configurations familiales moins conflictuelles.

### Le poids du VIH sur la sexualité des adolescentes

Nos observations mettent en évidence la double contrainte liée aux normes sociales concernant la sexualité et au stigma lié au VIH, qui pèse sur les adolescentes et leur famille. Le mariage et la procréation constituent pour les parents vivant avec le VIH, l'espérance d'une normalisation de la vie de leurs enfants. La sexualité des jeunes est ainsi envisagée dans le cadre strict d'une union matrimoniale. La survenue de grossesses hors mariage chez les filles, est vécue, nous l'avons vu, comme une honte pour la famille. Pour les adolescentes elle entraîne parfois une exclusion familiale temporaire. Les adolescentes séropositives doivent ainsi gérer l'expérience émotionnelle du statut VIH et la crainte supplémentaire d'une grossesse. En effet, accéder aux moyens de contraception et même aux préservatifs, n'est pas chose aisée, surtout en zone rurale.

Au sein des familles sénégalaises, les échanges entre parents et enfants, à propos de la sexualité des adolescents sont toujours très limités. Nos observations rejoignent celles de Jaffré et al. issues de leur étude réalisée dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Ghana, Mali, Sénégal) : « Dans tous les lieux (...), le dire sur la sexualité est contraint par une sorte de pudeur bridant les dialogues entre mères et filles ou globalement entre des femmes de classes d'âges différentes » ; ces auteurs évoquent aussi « les diverses formes de silences, ou tout au moins d'évitements et jeux langagiers allusifs »<sup>9</sup> autour de la sexualité. En Côte d'Ivoire, Aka Dago et al signalent le poids du tabou sur la sexualité et l'impossibilité d'en parler en société autrement que par des plaisanteries <jokes, playful remarks or forbidden words><sup>10</sup> ; ils soulignent les difficultés pour les adolescents à avoir accès aux informations et à une véritable éducation sexuelle.

Le contexte du VIH majore ces difficultés. Elles ont été mises en évidence par de nombreuses études en Afrique et dans le reste du monde. Au Canada, Fernet et al observent que les questions de sexualité sont rarement discutées dans les familles dont les parents vivent avec le VIH. Les adolescents doivent composer avec le double silence imposé par l'héritage d'une maladie familiale et la dynamique du secret qui l'entoure<sup>3</sup>. Les questions de sexualité sont d'autant plus passées sous silence dans les familles où les parents portent le poids de leur propre culpabilité d'avoir contracté le VIH par voie sexuelle. Les adolescents apprennent souvent tardivement leur séropositivité parce que les parents craignent la divulgation de leur propre statut sérologique<sup>11 12</sup>. Aborder l'entrée dans la sexualité avec une infection sexuellement transmissible, stigmatisante, ajoute un niveau de complexité supplémentaire à une étape déjà délicate pour tous les adolescents<sup>13</sup>. D'une manière générale, la peur de

transmettre le virus à leur partenaire, l'hésitation à divulguer leur statut sérologique par crainte du rejet et de la stigmatisation mais aussi parce qu'ils ne savent pas comment le faire, sont source d'angoisse <sup>14151617</sup>. Les adolescents utilisent alors diverses stratégies, comme la divulgation précoce pour éviter la douleur du rejet futur, l'attente du « bon » partenaire, le test pour « tâter le terrain » en vue d'évaluer les réactions probables, ou encore l'utilisation du préservatif pour éviter la divulgation <sup>18 19</sup>. Selon Kidman & Violari, si la révélation du statut sérologique a renforcé le soutien de l'entourage pour certains adolescents, d'autres ont subi des réactions de rejet et de stigmatisation. Ces auteurs conseillent une démarche de divulgation prudente, comme le recommande l'OMS <sup>20</sup>. Peu d'adolescents révèlent spontanément leur statut sérologique à leur partenaire. D'autre part, l'utilisation du préservatif n'est pas systématique lors des relations sexuelles, surtout lorsque la peur d'infecter le partenaire, présente au début des relations sexuelles, s'estompe avec le temps, parce que la charge virale est indétectable, ou parce que l'expérience passée leur a montré que les partenaires pouvaient ne pas être contaminés <sup>3</sup>. Des études montrent que près de la moitié des adolescents vivant avec le VIH ont des relations non protégées -sans utilisation du préservatif- <sup>21</sup>, alors que leur charge virale est détectable <sup>2223</sup>. Il est connu, en effet, que la mauvaise observance aux médicaments (même en dehors du VIH) fait partie des comportements courants à risque chez les adolescents <sup>13</sup>. Il en résulte un risque de contamination des partenaires sexuels mais aussi de l'enfant en cas de grossesse.

### Des réponses institutionnelles controversées

La santé sexuelle des adolescents au Sénégal est une question sociale et de santé publique majeure : l'Enquête Démographique et de Santé de 2017 révélait que 19 % des femmes avaient eu leur première naissance avant l'âge de 18 ans, 8% des femmes de 17 ans avaient commencé leur vie procréative <sup>24</sup>.

L'usage de la contraception est socialement réservé aux couples mariés. Des drames liés à des avortements clandestins ou des infanticides font régulièrement la une des médias dans un contexte de criminalisation de l'interruption volontaire de grossesse. Les avortements et les infanticides constituent le second motif d'incarcération de longue durée des femmes au Sénégal <sup>25</sup>.

Depuis plusieurs années, divers programmes de SSR pour les adolescents sont développés à travers le pays. Portés par le ministère de la Santé et le ministère de la Famille et diverses ONG, ils diffusent des informations sous la forme de séries TV (ex. *C'est la vie*), d'applications pour smartphone (*Hello Ado*, *Bibi CLV*), avec pour objectif la lutte contre les grossesses précoces – principales causes d'arrêt prématuré de la scolarité chez les jeunes filles –, les mariages précoces, les mutilations génitales féminines et les infections sexuellement transmises. Des « Club ados » ont été mis en place dans la capitale et les villes secondaires.

Ces programmes sont régulièrement l'objet de critiques virulentes de la part d'acteurs sociaux, le plus souvent religieux, qui jugent leurs contenus non conformes aux traditions et aux valeurs morales. De plus, notre étude montre que l'accès à ces programmes est bien souvent limité pour les adolescents en milieu rural, dont le niveau de vie ne permet pas de posséder un smartphone.

Dans certains pays l'accès des adolescents à l'information et à la contraception ne semble pas poser de problèmes. Les

études, qui révèlent des similitudes sur le stigma social et les difficultés de divulgation de la maladie aux partenaires, indiquent par ailleurs, un accès plus aisé à la contraception des adolescentes <sup>14</sup>. L'absence d'évocation de ces questions dans la plupart des études laisse penser que l'accès à la contraception n'est pas perçu comme un problème primordial pour les adolescents <sup>19</sup>. En Afrique, les programmes de SSR destinés aux adolescents, pourtant considérés comme un enjeu de santé publique, rencontrent des difficultés. Des programmes nationaux de SSR sont mis en place, depuis des années, pour lutter contre les mariages précoces et les grossesses prématurées mais les résultats sont mitigés <sup>26</sup>. Une analyse dans 33 pays d'Afrique sub-saharienne a montré des progrès inégaux, avec un net retard en AOC et dans les contextes ruraux. L'étude souligne aussi la faible couverture contraceptive et les inégalités de genre renforçant la vulnérabilité des adolescentes <sup>27</sup>.

Dans le domaine de la lutte contre le sida, des messages de type ABC continuent à promouvoir l'abstinence plutôt que l'utilisation du préservatif. Ces stratégies soulèvent des controverses depuis des années, il leur est reproché d'augmenter le risque d'exposition au VIH, notamment chez les jeunes femmes <sup>28</sup>. Comme au Sénégal, ces messages sont favorisés par la présence de mouvements religieux conservateurs dont l'influence sociale est forte.

### Des professionnels de santé qui adhèrent aux normes sociales

Au Sénégal, on observe que nombre de professionnels de santé et d'acteurs sociaux sont réticents à mettre en œuvre les programmes nationaux de SSR destinés aux adolescents. Notre étude révèle que le manque de motivation des acteurs de santé, y compris associatifs, à aborder les questions de sexualité et à proposer une contraception aux adolescentes, est étroitement lié à leur adhésion aux normes sociales et religieuses.

Ces situations sont communes à de nombreux pays d'Afrique. En Éthiopie, Sidamo et al. observent l'influence des normes socio-culturelles et religieuses sur l'attitude des soignants à l'égard des adolescents non mariés, qui compromettent les prestations de services SSR, déjà mis à mal par les défaillances du système de santé en termes de fournitures médicales essentielles et de formations <sup>29</sup>.

Selon Morris et al., la réticence des professionnels de santé à fournir des services de soutien adaptés, discrets et sans jugement constitue un obstacle majeur à la diffusion d'informations et de services <sup>30</sup>.

Plus largement, les divergences de vue entre les acteurs de santé et les responsables de santé publique entraînent souvent une obstruction à la diffusion des informations scientifiques. Ainsi, la campagne « U=U », lancée en 2016 pour lutter contre la stigmatisation <sup>31</sup>, largement diffusée sur le continent africain, basée sur le concept de non-transmissibilité du VIH par voie sexuelle lorsque la charge virale est indétectable, rencontre des réticences sur le terrain, de la part de professionnels de santé qui craignent que les jeunes ne délaissent l'usage du préservatif <sup>12</sup>.

Le manque d'adhésion aux programmes SSR prônant l'accès à la contraception et à l'avortement sans risque peut également s'interpréter au travers des controverses déjà anciennes, sur les politiques mondiales de Planification familiale et de la défiance à l'égard des pays du Nord, suspectés de vouloir réduire la taille des familles et la fécondité, et par là, la population des pays africains <sup>32</sup>. Des enjeux socio-politiques et

idéologiques s'immiscent ainsi dans des questions de santé publique et entravent le développement des programmes de santé.

### Que faire ?

On constate ainsi que les programmes de SSR destinés aux adolescents sont souvent mal acceptés. Les responsables de ces programmes sont contraints de travailler dans des contextes où la communauté peut s'opposer à l'offre d'une éducation sexuelle et reproductive complète destinées aux jeunes. Les professionnels de santé pensent parfois eux-mêmes que la sexualité des adolescents doit être limitée. Comment surmonter ces barrières socio-culturelles pour offrir aux jeunes un accès complet aux informations sur la santé sexuelle et aux contraceptifs ? Il est clair qu'il n'existe pas de solutions toutes faites. Néanmoins les expériences menées dans différents pays où des programmes ont rencontré des contraintes similaires proposent diverses stratégies.

L'implication de « pairs éducateurs », de la même catégorie d'âge que les jeunes ciblés par les programmes permet de contourner les tabous liés à la parole sur la sexualité et d'évoquer ces questions en dehors de tout discours moralisateur. Des acteurs du développement ont testé l'intégration des programmes de SSR dans les curricula de formation des enseignants puis dans ceux destinés aux élèves, y compris dans les écoles coraniques en adaptant le contenu au contexte religieux. D'autres projets ont mis en œuvre une approche destinée aux adolescents vivant avec le VIH, à leurs parents et à des équipes de soignants, par des interventions individuelles et collectives pour susciter dialogue et réflexion autour des questions de puberté et de vie sexuelle ; organisé des espaces confidentiels de dialogues pour les jeunes ; testé l'utilisation des outils numériques et des nouvelles technologies pour diffuser des messages adaptés aux adolescents ; élaboré un plaidoyer pour susciter les débats au niveau national.<sup>33 34</sup>

Aucune de ces initiatives n'apporte à elle seule une solution miracle. Dans leur diversité, ces expériences ont cherché à s'adapter au contexte dans lequel elles évoluaient et à trouver des réponses pragmatiques aux obstacles rencontrés. Leurs principes communs sont la promotion d'approches participatives, individualisées et collectives, tenant compte des contextes socio-culturels et s'adaptant aux contraintes locales.

### Conclusion

L'entrée dans la sexualité des adolescentes nées avec le VIH au Sénégal s'effectue dans un contexte social peu favorable, surtout en milieu rural, marqué par diverses contraintes socio-sanitaires et culturelles. La nécessité de mettre en place des dispositifs d'accompagnement adaptés à ces adolescentes fait l'objet d'un consensus tant national qu'international. L'application de ces dispositifs doit tenir compte des différentes contraintes, non pour réduire les interventions mais au contraire pour lever les obstacles, afin d'atténuer la vulnérabilité des adolescentes.

La question de l'entrée dans la sexualité est l'une des composantes de l'accompagnement des adolescents nés avec le VIH et de leur passage à la vie d'adulte. Les dispositifs doivent leur permettre de se projeter dans leur vie future, en gérant leur maladie, l'observance aux traitements ARV et leurs aspirations personnelles tant familiales que professionnelles. Pris entre des contraintes du VIH dont le caractère présente une forme quasi universelle (même si le vécu du secret et de

la stigmatisation diffère selon les contextes), et les normes sociales locales, les acteurs sociaux et associatifs qui sont en charge de cet accompagnement doivent eux-mêmes être outillés, formés et avoir les ressources matérielles suffisantes (notamment en contraceptifs), afin d'apporter une réponse adaptée à la demande des adolescents, au-delà de leurs propres normes morales.

### Références

1. UNICEF. *2021 HIV and AIDS Sub-Saharan Africa Snapshot. Pregnant Women, Children and Adolescents. Statistical Update and Report for World AIDS Day 2021*. New York: UNICEF.
2. UNAIDS. *Global AIDS Update | 2021. Confronting Inequalities. Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*. JC3020E, 2021.
3. Fernet M, Wong K, Richard M-E, et al. Romantic relationships and sexual activities of the first generation of youth living with HIV since birth. *AIDS Care* 2011; 23: 393–400.
4. WHO. *Vivre sans sida : cadre pour l'accélération du traitement du VIH chez les enfants et les adolescents*. Organisation mondiale de la Santé.
5. Masson D. Children infected by HIV in French-speaking Africa. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie* 2016; 19: 67–76.
6. CNLS. *Rapport annuel 2020*. Dakar, Senegal, 2021.
7. Olivier de Sardan J-P. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve: Bruylant-Academia s.a., 2008.
8. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin, pp. 231–314.
9. Jaffré Y (ed). *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest : une contribution anthropologique*. Éd. Faustroll, <https://www.leslibraires.fr/livre/6784099-fecondite-et-contraception-en-afrique-de-l-ouest-yannick-jaffre-ed-faustroll> (2012, accessed 8 June 2022).
10. Aka Dago-Akribi H, Cacou Adjoua M-C. Psychosexual development among HIV-positive adolescents in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Reprod Health Matters* 2004; 12: 19–28.
11. Proulx-Boucher K, Fernet M, Blais M, et al. Bifurcations biographiques : l'expérience du dévoilement du diagnostic du point de vue d'adolescents infectés par le VIH en période périnatale. *Enfances Familles Générations Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine* 2014; 197–215.
12. Ammon N, Mason S, Corkery JM. Factors impacting antiretroviral therapy adherence among human immunodeficiency virus-positive adolescents in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *Public Health* 2018; 157: 20–31.
13. Foster C, Ayers S, Fidler S. Antiretroviral adherence for adolescents growing up with HIV: understanding real life, drug delivery and forgiveness. *Therapeutic Advances in Infection* 2020; 7: 2049936120920177.
14. Fair C, Albright J. 'Don't tell him you have HIV unless he's "the one"': romantic relationships among adolescents and young adults with perinatal HIV infection. *AIDS Patient Care STDS* 2012; 26: 746–754.
15. Evangeli M, Wroe AL. HIV Disclosure Anxiety: A Systematic Review and Theoretical Synthesis. *AIDS Behav* 2017; 21: 1–11.



16. Boon-Yasidhi V, Torsakul S, Durier Y, et al. Disclosure of HIV status to sexual partners among perinatally HIV-infected youth in Thailand. *Int J STD AIDS* 2021; 32: 361–367.
17. Adamou R, Girardi J de F, Dago-Akribi HA, et al. Étude qualitative sur le vécu de l'annonce du statut VIH aux adolescents en Côte d'Ivoire. *Sante Publique* 2021; 33: 753–762.
18. Siu GE, Bakeera-Kitaka S, Kennedy CE, et al. HIV serostatus disclosure and lived experiences of adolescents at the Transition Clinic of the Infectious Diseases Clinic in Kampala, Uganda: a qualitative study. *AIDS Care* 2012; 24: 606–611.
19. Greenhalgh C, Evangeli M, Frize G, et al. Intimate relationships in young adults with perinatally acquired HIV: a qualitative study of strategies used to manage HIV disclosure. *AIDS Care* 2016; 28: 283–288.
20. Kidman R, Violari A. Growing up positive: adolescent HIV disclosure to sexual partners and others. *AIDS Care* 2020; 32: 1565–1572.
21. Mergui A, Giami A. La sexualité des adolescents séropositifs : analyse de la littérature et réflexion sur les impensés de la sexualité. *Archives de Pédiatrie* 2011; 18: 797–805.
22. Enimil A, Nugent N, Amoah C, et al. Quality of life among Ghanaian adolescents living with perinatally acquired HIV: a mixed methods study. *AIDS Care* 2016; 28: 460–464.
23. Judd A, Foster C, Thompson LC, et al. Sexual health of young people with perinatal HIV and HIV negative young people in England. *PLoS One* 2018; 13: e0205597.
24. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), ICF International. *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2017)*. Rockville, Maryland, USA; Dakar, Senegal, 2018.
25. HCDH, AJS. *Rapport sur la situation des droits des femmes dans les lieux de détention au Sénégal*. Dakar, Senegal: Haut Commissariat aux droits de l'homme Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest, et Association des Juristes Sénégalaises.
26. Chandra-Mouli V, Neal S, Moller A-B. Adolescent sexual and reproductive health for all in sub-Saharan Africa: a spotlight on inequalities. *Reproductive Health* 2021; 18: 118.
27. Melesse DY, Mutua MK, Choudhury A, et al. Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: who is left behind? *BMJ Glob Health* 2020; 5: e002231.
28. Murphy EM, Greene ME, Mihailovic A, et al. Was the “ABC” Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda’s Decline in HIV? *PLOS Medicine* 2006; 3: e379.
29. Sidamo NB, Gidebo KD, Wado YD, et al. Exploring Providers’ Perception Towards Provision of Sexual and Reproductive Health Services for Unmarried Adolescents in Gamo Zone, Southern Ethiopia: A Phenomenological Study. *Risk Manag Healthc Policy* 2021; 14: 4883–4895.
30. Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2015; 131: S40–S42.
31. Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV Viral Load and Transmissibility of HIV Infection: Undetectable Equals Untransmittable. *JAMA* 2019; 321: 451–452.
32. Seltzer JR. *International Family Planning Programs: Criticisms and Responses*. Santa Monica, CA: RAND Corporation. Epub ahead of print 2003. DOI: 10.7249/RB5063.1.
33. Expertise France Initiative 5%. *Relever les défis de la santé sexuelle et reproductive, capitalisation collective*. 2019.
34. Armstrong A, Lorpanda K, Caswell R, et al. *Programmation de la lutte contre le VIH pour les adolescents - READY-Guide de bonnes pratiques*. 2017.

## Financement

ANRS I Maladies Infectieuses Émergentes, Paris, France, n° ANRS-12421

## Remerciements

Nous remercions les relecteurs anonymes pour leurs suggestions constructives et Sharon Calandra qui a traduit l'article en anglais et édité la version finale.

L'équipe de recherche ETEA-VIH : Alioune Diagne, Halimatou Diallo, Karim Diop, Maimouna Diop, Seynabou Diop, Fatoumata Hane, Ndeye Ngone Have, Oumou Kantom Fall, Ndeye Bineta Ndiaye Coulibaly, Gabrièle Laborde-Balen, Khoudia Sow, Bernard Taverne.

\*\*\*