



# REVUE DE PSYCHOLOGIE AFRICAINNE ET CARAIBEEENNE

# REPAC

Une fenêtre pour explorer, apprendre et transformer les réalités africaines et caraïbéennes

## Estime de soi et comportements à risque de contamination au VIH/SIDA chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans à Abidjan

*Self-esteem and behaviors associated with HIV/AIDS risk among young people aged 15 to 24 in Abidjan*

**KOFFI Kouadio Yao Hervé<sup>1</sup>; KOUAMELA Wilfried-Roméo<sup>2</sup>, AKRE Yapi Médard Stephen<sup>3</sup>**

1. Enseignant-Chercheur à l'Ecole Normale Supérieure d'Abidjan

2. Assistant, Enseignant-Chercheur - Université de Bondoukou

3. Docteur en Psychologie Sociale

E-mail : [koridjogon@gmail.com](mailto:koridjogon@gmail.com); [wilfriedkouamela@gmail.com](mailto:wilfriedkouamela@gmail.com) / [wilfried.kouamela@ubkou.edu.ci](mailto:wilfried.kouamela@ubkou.edu.ci); [akrestephen@gmail.com](mailto:akrestephen@gmail.com)

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 21 Août 2025

Reçu sous la forme révisée  
le 29 Septembre 2025

Accepté le 29 Septembre  
2025

Mots clés : Estime de soi,  
comportements à risque,  
VIH/Sida

Keywords: Self-esteem,  
risk behavior, HIV/AIDS

### RESUME

*Malgré plusieurs décennies de lutte contre le VIH/sida, la Côte d'Ivoire continue d'enregistrer chaque année des milliers de nouvelles infections. Comprendre les facteurs psychologiques susceptibles d'influencer l'adoption des comportements à risque chez les jeunes demeurent un enjeu central de santé publique. Cette étude vise à analyser l'effet de l'estime de soi sur l'adoption des comportements à risque vis-à-vis du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans vivant à Abidjan. Un questionnaire auto-administré a été utilisé auprès de 103 jeunes sélectionnés selon la méthode à tout venant. Deux instruments ont été mobilisés : l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et une échelle de comportements à risque spécifiquement élaborée et validée pour cette étude ( $\alpha$  de Cronbach = 0,71). Les informations ont été analysées au moyen du test du khi-deux de Pearson. Les analyses montrent que les jeunes ayant une estime de soi élevée adoptent significativement plus de comportements à risque vis-à-vis du VIH que ceux ayant une estime de soi faible ( $X^2 = 10,36$  ;  $ddl = 1$  ;  $p \leq 0,05$ ). Autrement dit, une auto-évaluation positive de soi, généralement considérée comme protectrice, peut paradoxalement accroître la probabilité de comportements risqués. L'estime de soi apparaît comme un déterminant psychologique important des conduites de prévention ou de prise de risque vis-à-vis du VIH. Les jeunes dotés d'une forte estime de soi tendent à se percevoir comme moins vulnérable, ce qui peut*

les conduire à négliger les mesures de protection. Ces résultats invitent les autorités sanitaires à intégrer l'estime de soi comme variable psychologique clé dans les stratégies de prévention. Les messages de sensibilisation devraient être différenciés et adaptés aux profils psychologiques des jeunes afin d'améliorer leur efficacité.

## ABSTRACT

*Despite several decades of fighting HIV/AIDS, Côte d'Ivoire continues to record thousands of new infections each year. Understanding the psychological factors that may influence the adoption of risky behaviors among young people remains a key public health issue. This study aims to analyze the effect of self-esteem on the adoption of risky behaviors related to HIV among young people aged 15 to 24 living in Abidjan. A self-administered questionnaire was used with 103 young people selected using a convenience sampling method. Two instruments were employed: Rosenberg's Self-Esteem Scale and a risk behavior scale specifically developed and validated for this study (Cronbach's  $\alpha = 0.71$ ). The data were analyzed using Pearson's chi-squared test. Analyses show that young people with high self-esteem engage in significantly more risky behaviors regarding HIV than those with low self-esteem ( $X^2 = 10.36$ ;  $df = 1$ ;  $p \leq 0.05$ ). In other words, a positive self-evaluation, generally considered protective, can paradoxically increase the likelihood of risky behaviors. Self-esteem appears to be an important psychological determinant of preventive or risk-taking behaviors regarding HIV. Young people with high self-esteem tend to perceive themselves as less vulnerable, which may lead them to neglect protective measures. These results encourage health authorities to integrate self-esteem as a key psychological variable in prevention strategies. Awareness messages should be differentiated and adapted to the psychological profiles of young people in order to improve their effectiveness.*

## I. Introduction

Parmi les maladies qui ont bouleversé la quiétude des populations ces cinq dernières décennies figure le VIH/SIDA tant ses conséquences sont multiples : impact socio-démographique et sanitaire, impact socio-économique, impact socio-psychologique, etc. En effet, l'ONUSIDA considère aujourd'hui que plus de 42,3 millions de personnes (enfants, jeunes, adultes et personnes âgées) ont succombé des suites de cette pandémie. En 2023, près de 630 000 personnes sont décédées des maladies dues au VIH (ONUSIDA, 2024).

En 2012, l'EDS-MICS a indiqué que plus de 90% des femmes et hommes vivant en Côte d'Ivoire avaient entendu parler du VIH. Cette enquête a toutefois précisé que seulement 14% des femmes et 25% des hommes âgés de 15 à 49 ans détiennent une connaissance

approfondie (modes de transmission, modes de prévention, rejet des idées fausses). Aujourd'hui, le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles 2021-2025 de la Côte d'Ivoire indique une réduction des nouvelles infections de 54% entre 2010 et 2019 (passant de 26 784 à 12 187).

Malgré ces chiffres encourageants, les statistiques concernant la dynamique de la maladie sur le plan national restent encore de grande ampleur (9500 décès en 2023, 10591 nouvelles infections au VIH en 2023). De toute évidence, l'infection à VIH reste encore un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire, et des efforts ciblés sont toujours nécessaires, notamment auprès des populations jeunes.

L'analyse de ce qui précède fait ressortir que les comportements à risque de contamination au VIH/SIDA ne sont pas modifiés au profit des comportements protecteurs ou sécuritaires. Et l'une des populations les plus vulnérables reste la jeunesse. Mais qu'est ce qui sous-tend la prise de risque ? Autrement dit, quels sont les facteurs responsables de ces comportements ?

D'après Stillwagon (2000 ; 2006) des facteurs sont déterminants dans la transmission et l'évolution du VIH/SIDA. Ceux-ci peuvent être regroupés en trois catégories. Les déterminants socioéconomiques, les déterminants socioculturels et les déterminants épidémiologiques.

Par exemple, l'isolation sociale qui caractérise généralement les défavorisés socioéconomiques tend également à les exposer au risque d'infection. En effet, pour ces populations la survie est parfois abandonnée à l'exercice de certaines activités à risque telles que le commerce du sexe, le travail sur certains sites favorisant la transmission du virus. La seule manière de se protéger contre le VIH/SIDA à l'heure actuelle est la prévention, aucun vaccin n'ayant été découvert à ce jour. Les activités de prévention du VIH/SIDA ont pour la plupart lieu au sein des structures sanitaires. De plus les personnes déjà infectées doivent être au courant de leur statut pour ne pas transmettre la maladie à leurs partenaires et pour cela, elles doivent se faire tester dans les centres de santé.

En plus des niveaux de revenus assez faibles, certains pays africains semblent être caractérisés par des distributions inégales. Or un pays plus inégalitaire aura un taux de prévalence plus élevé, car une plus grande part de la population n'a pas accès aux services de base tels que l'éducation et la santé

Nattrass (2006). Son analyse a identifié les inégalités de revenu comme le seul facteur qui permet d'expliquer la différence entre les taux de prévalence sur un échantillon de pays en développement. De plus, dans les pays où les écarts de revenu entre riches et pauvres sont importants, il existe plus de tentations pour les comportements à risque comme le commerce sexuel ou le travail des migrants.

A côté des variables économiques susmentionnées, des variables sociologiques telles que les discriminations du genre concourent à l'expansion du virus. Les discriminations du genre influencent l'évolution de l'épidémie du VIH/SIDA de plusieurs manières. Tout d'abord, les femmes n'ont pas la possibilité de négocier les conditions dans lesquelles se déroulent les rapports sexuels, notamment l'utilisation des préservatifs, et ce, même si la séropositivité est établie (Tsafack, 2009). Ensuite, elles n'ont pas les moyens légaux et financiers de se prendre en charge et sont donc soumises au pouvoir économique des hommes.

Selon Stillwagon (2006), une autre variable qui peut moduler l'effet des premières autres variables est le niveau d'éducation. Cette dernière joue un rôle crucial dans la connaissance et la maîtrise des moyens de prévention du virus. Cette variable est un des déterminants clés de l'évolution de l'épidémie. Au début de l'épidémie dans le continent africain, la maladie frappait indépendamment les individus ayant différents niveaux d'éducation, cependant au fur et à mesure que la pandémie progresse, les couches les plus éduquées de la population sont de moins en moins atteintes (Tsafack, 2009). Ce phénomène peut s'expliquer de plusieurs façons. Tout d'abord, les personnes les plus éduquées sont les mieux informées sur les moyens de prévention. Tout comme

l'accès aux soins de santé, l'accès à l'éducation est un moyen d'information sur les méthodes de prévention, spécialement si les programmes éducatifs incluent l'éducation sexuelle.

La sensibilisation se fait largement à travers des affiches et la radio. Le fait qu'une grande partie de la population sache lire et parle la langue officielle la met à l'abri des mésinterprétations dues à des erreurs de traduction. De manière plus indirecte, enfin l'éducation agit sur le taux de prévalence du VIH/SIDA en retardant l'âge au premier rapport sexuel, particulièrement pour les filles dans les régions où celles qui abandonnent les études sont aussitôt envoyées au mariage (Tsafack, 2009).

Toutefois, le niveau d'éducation des personnes peut aussi être un facteur qui les expose plus à l'infection au virus. En effet, ces individus de catégorie socioprofessionnelle élevée (surtout les hommes) voyagent beaucoup plus que les autres pour des raisons professionnelles et ils sont aussi plus susceptibles d'entretenir un « deuxième bureau » c'est-à-dire des « relations extra conjugales » étant donné que leur statut socio-économique le permet. Over (1992) a ainsi trouvé un « gradient socio-économique » positif en utilisant les données de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, de même que Lachaud (2007) qui a utilisé des données micro-économiques du Burkina-Faso. Cependant, le signe de la relation entre niveau d'éducation et infection au VIH est susceptible de s'inverser au fur et à mesure que l'épidémie se diffuse au sein de la population. De Walque (2004) montre justement que le signe de cette corrélation s'inverse au cours du temps. Parker et al. (2000) ont trouvé que trois quarts des personnes nouvellement infectées au VIH au début des années 1980 au Brésil, avaient un niveau d'éducation secondaire ou supérieur,

mais que cette proportion était seulement un tiers au début des années 1990. Le lien entre les facteurs socio-économiques et les comportements de contamination au VIH/SIDA est certes prouvé mais ne saurait suffire à les expliquer. D'autres facteurs méritent d'être explorés.

Des études s'inscrivent dans cette perspective en avançant plutôt l'hypothèse des déterminants socioculturels qui recouvrent le statut de variables indirectes. A la différence des variables socio-économiques, elles influencent plutôt le comportement des individus. Il s'agit de certaines pratiques culturelles et religieuses, de l'âge moyen au premier rapport sexuel dans la population, du degré de diversité ethnique et des conflits armés.

L'impact des traditions africaines et de la religion musulmane sur l'épidémie du VIH/SIDA passe par la circoncision (Auvert et al.2005). En effet, cette pratique obligatoire dans la religion musulmane et courante dans bon nombre de religions traditionnelles a un impact avéré sur la transmission du virus à cause de l'utilisation commune des objets tranchants qui ne sont pas toujours stérilisés (Auvert et al., 2005). Mais d'après ces auteurs, l'influence de la religion musulmane et des traditions sur la pandémie du VIH/SIDA peut cependant avoir l'effet contraire si elle passe par l'âge au premier rapport sexuel dans la population, les filles sont généralement envoyées en mariage en pleine adolescence et l'écart d'âge entre les conjoints est assez significatif, autre facteur favorable à la transmission du virus lors des rapports sexuels.

Selon le rapport de l'ONUSIDA (2006) les filles qui débutent leur vie sexuelle très jeunes sont plus exposées aux risques de blessures, notamment parce que leur corps n'a pas encore achevé sa croissance et parce que leurs partenaires sont généralement plus âgés.

Mais le facteur le plus important, c'est que la plupart des jeunes de moins de 15 ans (garçons comme filles) n'ont pas reçu assez d'éducation sexuelle formelle pour utiliser des moyens de prévention (ONUSIDA, 2006). L'essentiel de cette éducation a été reçu dans la rue ou avec des pairs qui ne sont pas mieux informés, avec tout ce que cela comporte comme fausses idées reçues et mésinterprétations. Ainsi plutôt les individus commencent leur vie sexuelle, moins ils sont capables de le faire en se protégeant de manière appropriée. S'il est vrai que l'âge des premiers rapports sexuels influence le cours de la pandémie, il ne saurait à lui seul expliquer les comportements à risque.

Les conflits armés appauvrissent les populations et les déplacent, les mettant ainsi dans des situations à risque de contracter le virus. D'après Louria (2003), les conflits armés créent un environnement favorable à la transmission du virus et ce, de plusieurs façons : blessures qui sont des terrains de culture pour les infections microbiennes ; surpopulation dans les camps de réfugiés ne disposant pas d'infrastructures sanitaires appropriées ; détérioration des systèmes de santé ; etc. Les populations déplacées n'ont plus accès aux services de prévention, ni au diagnostic et au traitement des IST. Ainsi, vivre dans un camp de réfugiés est un facteur de risque de transmission du virus. Toutefois, cette réalité n'est pas toujours vérifiée. Des travaux empiriques en Afrique subsaharienne, en particulier en Ouganda montrent que les personnes déplacées et les réfugiés ne sont pas plus exposés au risque d'infection que le reste de la population (ONUSIDA, 2006). Une des explications de ce paradoxe pourrait résider dans la moindre mobilité et l'accès accru aux services de santé et de prévention fournis aux femmes par les ONG dans les camps de réfugiés (Fabiani et al. 2006). Ce paradoxe montre que

cette variable est loin d'être la seule susceptible d'expliquer les comportements à risque d'autant plus que toutes les personnes infectées du virus ne sont pas toujours issues de centres de réfugiés. C'est donc dire que d'autres facteurs méritent d'être isolés. Dans l'ordre des variables à interroger figurent les variables épidémiologiques.

Les variables épidémiologiques sont des variables directes qui déterminent l'effectivité d'un virus et sa transmission lors des rapports sexuels. Ce sont l'âge de l'épidémie, la présence ou non des IST ulcéraires, l'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels, l'état nutritionnel de la population, la pratique de la circoncision.

Les épidémiologistes considèrent généralement que la probabilité qu'un contact conduit à la transmission du virus est plus élevée en début d'épidémie (Chin et Lwanga, 1991 ; Brookmeyer, 1989). L'explication de cette situation est toute simple. En début d'une épidémie, il y a généralement peu de personnes qui s'y connaissent dans les mesures barrières (Chin et Lwanga ; Brookmeyer, op.cit.).

La présence de maladies sexuellement transmissibles est certainement le cofacteur le plus important de la pandémie. La plupart des IST provoquent des ulcères qui deviennent donc de véritables brouillons de culture du virus (Tsafack, 2009). Une expérience menée à Mwanza en Tanzanie montre que la probabilité de transmission du virus est plus élevée lorsque les individus sont déjà infectés par une autre IST ulcéraire. Dans cette étude, le taux de nouvelles infections a chuté de 4% chez le groupe qui a reçu un traitement contre les IST et est resté le même dans le groupe contrôle. Cependant, la même étude réalisée à Rakai, une autre ville de Tanzanie, montre plutôt que le traitement des IST n'a aucun effet sur l'évolution de

la pandémie. L'explication de ce paradoxe résiderait dans le fait que le taux de prévalence avant l'intervention est différent dans les deux villes. Il était de 16% de la population adulte à Rakai comparé à 4% à Mwanza (Tsafack, 2009). Ainsi, si l'épidémie en est à ses débuts, la présence des IST peut être un cofacteur important de la propagation alors que si l'épidémie est déjà bien établie, la propagation de l'épidémie dépend plus de facteurs comportementaux. En outre, certaines IST ne répondent plus aux traitements administrés à cause de traitements antérieurs sous-optimaux, le diagnostic-traitement efficace des IST permettrait pourtant de réduire le taux d'incidence du VIH de 40% (Philpott, 2002). Toutefois, la réaction de l'organisme face à une IST tient parfois à la nourriture consommée.

Cette dernière est parfois à l'origine des maladies. Tous s'accordent désormais à dire que c'est ce que nous mangeons qui nous tue. La relation entre les deux éléments est plus qu'établie. Ainsi, les interactions entre le VIH/SIDA et la nutrition sont observables tant au niveau biologique que socio-économique. La faiblesse du système immunitaire est une des conséquences directes de la malnutrition. Dans une comparaison des déterminants de l'épidémie en Afrique et en Amérique latine, Stillwaggon (2000) suggère que l'état nutritionnel de la population est le facteur le plus déterminant en Amérique latine. Elle considère que le VIH/SIDA est avant tout une maladie infectieuse et que sa dimension épidémique ne devrait pas faire oublier que les déterminants pertinents pour la transmission des maladies infectieuses restent valables dans le cas de transmission du VIH/SIDA.

La malnutrition et les parasitoses ont des niveaux endémiques dans les pays pauvres et il est largement reconnu qu'elles affaiblissent la fonction

immunitaire de l'organisme. La vitamine A, par exemple est importante pour l'intégrité épithéliale qui joue un rôle important dans la protection contre les IST, particulièrement celles de type ulcératif qui facilitent la transmission du VIH/SIDA. De ce fait, elles sont également des déterminants de l'évolution de l'épidémie. L'état nutritionnel de la population est également un des déterminants de l'évolution de l'épidémie dans la mesure où il sert de canal de transmission entre la pauvreté et l'infection, comme les migrations saisonnières ou la pratique du commerce sexuel, stratégies des individus pour diversifier les sources de revenu (Stillwaggon, 2006). Après analyse, nous pensons que la malnutrition est plus corrélée à la vulnérabilité physiologique qu'à l'entrée du virus. Des variables plus directes à la transmission du virus méritent ce statut. C'est le cas par exemple de la non-utilisation du préservatif.

Le préservatif est reconnu par l'OMS comme le seul moyen de contraception qui protège à la fois du VIH/SIDA et des IST. Le VIH étant transmis par le sperme et les sécrétions vaginales, un rapport sexuel non protégé peut conduire à la transmission du virus même en l'absence d'une IST ulcérate. Cependant, pour que leur efficacité soit maximale, les préservatifs doivent être utilisés de manière cohérente (à chaque rapport sexuel) et correctement. Cette efficacité a été estimée à 79% pour une utilisation non cohérente et à 90 à 95% pour une utilisation cohérente (Pinkerton et Ambramson, 1997).

Nous pouvons retenir que plusieurs catégories de variables : socioéconomiques, socioculturels et épidémiologiques sont des causes indirectes et directes de l'infection, de la transmission et de l'expansion du VIH. Cependant, ces variables ne peuvent pas

expliquer intégralement les comportements de contamination au VIH/SIDA.

Toutefois, la compréhension de la dynamique actuelle du fléau semble plus liée aux facteurs psychologiques. Autrement dit, si le virus continue de sévir après tant d'années d'efforts, de sensibilisation et de lutte, c'est parce que des personnes continuent d'adopter des comportements à risque en s'estimant peut-être moins vulnérables que les autres, en banalisant la maladie, etc. Ainsi, l'adoption des comportements à risque semble davantage liée à des facteurs psychologiques qu'il importe de mettre en évidence. Ces facteurs ont été peu explorés dans notre contexte surtout ivoirien. Au nombre des facteurs psychologiques, l'estime de soi en tant qu'état interne au sujet mérite une attention particulière. En effet, de nombreux travaux montrent que l'estime de soi exerce une influence sur le comportement humain. Par exemple, le concept d'auto-efficacité est un aspect de l'estime de soi qui se concentre sur la croyance d'une personne à accomplir efficacement des tâches (Bandura, 1997). D'après sa théorie, les personnes qui ont une forte auto-efficacité sont plus susceptibles de s'engager dans des comportements difficiles, de persister face aux obstacles afin d'atteindre leurs objectifs. En revanche, une faible auto-efficacité peut engendrer un sentiment d'impuissance, de la passivité et donc une réticence à prendre des risques (Bandura, 1997). En s'appuyant sur ces travaux de Bandura, nous pouvons déduire que l'estime de soi est un facteur susceptible d'exercer une influence sur les comportements problématiques des humains. Il est donc légitime de se poser la question suivante : « en quoi l'estime de soi exerce-t-il une incidence sur les comportements de santé notamment ceux en lien avec le VIH/Sida chez les

adolescents âgés de 15 à 24 ans vivant à Abidjan ? ».

Visiblement la dimension évaluative du soi a été peu explorée dans l'explication des comportements à risque vis-à-vis du VIH. Ainsi, cette étude se donne pour objectif de mettre en évidence l'incidence de l'estime de soi sur l'adoption des comportements à risque vis-à-vis du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans la ville d'Abidjan. Cet objectif sous-tend donc l'hypothèse de travail suivante : « la présence de comportements à risque de contamination au VIH est plus répandue chez les jeunes d'Abidjan âgés de 15 à 24 ans qui ont une estime de soi forte que chez leurs camarades qui ont une estime de soi faible ».

Cette hypothèse trouve un fondement théorique dans la théorie des processus parallèles (Extended Parallel Process Model - EPPM) de Witte (1992, 1994). C'est un modèle largement utilisé en communication de la santé pour expliquer comment les individus réagissent aux messages de peur, notamment ceux liés aux risques pour la santé comme le VIH. Ce modèle est pertinent pour comprendre le lien entre l'estime de soi et les comportements à risque de VIH, bien qu'il n'aborde pas directement l'estime de soi comme un construit central. Cependant, on peut inférer des liens indirects à travers les concepts d'auto-efficacité. Ici, l'estime de soi en tant que variable psychologique influence l'auto-efficacité. Celle-ci est susceptible de produire deux effets : d'une part l'auto-efficacité peut amener le sujet à se considérer capable de faire usage des moyens de protection contre le virus ; d'autre part, l'auto-efficacité peut induire chez les sujets le sentiment d'être capables d'avoir un contrôle sur leurs choix amoureux. Par conséquent, ils n'ont pas vraiment besoin de recourir à une quelconque protection puisqu'ils pensent

l'avoir anticipée à travers leurs propres calculs.

## 2. Méthodologie

Nous allons marquer un temps, dans cette partie du travail, à la description des variables impliqués dans l'étude, présenter la population d'étude, indiquer l'échantillonnage, les instruments, la

procédure de collecte ainsi que le traitement statistique des données.

### 2.1. Description des variables de l'étude

Cette étude implique deux variables : l'estime de soi (la variable indépendante) et les comportements à risque de contamination au VIH/SIDA (la variable dépendante).

Tableau 1 : Description de la variable estime de soi

Variable	Nature de la variable	Modalités	Indicateurs
Estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitative</li> <li>▪ Psychologique</li> <li>▪ Dichotomique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation globale positive de soi même</li> <li>▪ Image positive de soi</li> <li>▪ Confiance en soi</li> <li>▪ Capacité à se sentir important</li> <li>▪ Peu influençable</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incapacité à s'attribuer de la valeur</li> <li>▪ Sentiment d'infériorité par rapport à autrui</li> <li>▪ Hésitation dans les choix</li> <li>▪ Suggestibilité à l'influence de l'environnement social</li> <li>▪ Manque de confiance en soi</li> </ul>

La variable estime de soi est une variable psychologique de nature qualitative. Cette variable dans la présente étude est dichotomisée en deux modalités : l'estime de soi forte ou élevée et l'estime de soi faible ou basse.

L'estime de soi forte caractérise tous les sujets qui ont une évaluation globale positive d'eux-mêmes. C'est l'ensemble de tous les individus qui ont une image positive d'eux-mêmes et une confiance en eux. En un mot, l'estime de soi forte est caractérisée par la capacité qu'a un individu à se sentir important, à s'évaluer positivement c'est-à-dire à avoir une

bonne évaluation de soi. Les gens qui ont une estime de soi positive sont en général peu influençables. S'agissant de l'estime de soi faible ou négative, elle renferme l'incapacité à s'attribuer de la valeur. Elle caractérise les individus qui n'arrivent pas à se donner de la valeur au même titre que les autres. Les sujets qui ont une estime de soi faible éprouvent un sentiment d'infériorité par rapport à autrui. Ils sont beaucoup hésitants dans leur choix et restent parfois à la solde de l'environnement social. Autrement dit les gens qui ont une estime de soi négative sont suggestibles à l'influence de l'environnement social en raison parfois

de leur manque de confiance en eux-mêmes.

Après avoir décrit la variable indépendante, nous allons maintenant à

travers un tableau synoptique présenter la variable comportements à risque de contamination au VIH/SIDA.

*Tableau 2 : Description de la variable comportements à risque de contamination au VIH*

Variable	Nature de la variable	Modalités	Indicateurs
Comportements à risque de santé (VIH/SIDA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitative</li> <li>▪ Peut-être quantifiée par la fréquence.</li> </ul>	Comportements à risque de contamination au VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refus d'utiliser le préservatif (même une seule fois) ;</li> <li>▪ Tout comportement pré-morbide exposant à la contamination ;</li> <li>▪ Utilisation commune d'objets tranchants ;</li> <li>▪ Utilisation d'objets non-stérilisés.</li> </ul>
		Comportements non à risque de contamination au VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usage systématique du préservatif avec un partenaire dont le statut sérologique est inconnu.</li> <li>▪ Utilise fréquemment ses propres objets tranchants.</li> <li>▪ Non-utilisation d'objets tranchants en commun ;               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respect des recommandations.</li> </ul> </li> </ul>

Les comportements à risque de contamination au VIH/SIDA constituent, dans notre étude, la variable dépendante. C'est une variable qualitative. Cependant cette variable peut être quantifiée si l'on se réfère à la fréquence d'adoption ou non de ces comportements. Elle comporte deux modalités : comportements à risque de contamination et les comportements non à risque de contamination ou encore comportements sécuritaires. La modalité comportements à risque de contamination au VIH fait allusion Refus d'utiliser le préservatif (même une seule

Après la description des variables impliquées dans notre étude, il est

fois), Tout comportement pré-morbide exposant à la contamination, Utilisation commune d'objets tranchants, utilisation d'objets non-stérilisés.

La deuxième modalité comportements non à risque de contamination au VIH/SIDA ou encore comportements sécuritaires traduit l'usage systématique du préservatif avec tout partenaire sexuel dont le statut sérologique est inconnu, l'utilisation de ses propres objets tranchants, la non-utilisation d'objets tranchants en commun.

maintenant opportun d'indiquer le site où a lieu notre étude et d'indiquer

également la population cible de notre étude.

## 2.2. Population et échantillonnage

Cette étude a pour population d'étude les jeunes âgés de 15 à 24 ans qui vivent dans la ville d'Abidjan qui ont un niveau d'études supérieur ou égal à la classe de 3<sup>ème</sup>. Le choix de cette population se justifie par le besoin de sujets suffisamment informés sur les modes de transmission du virus et les méthodes de protection contre celui-ci.

Pour la sélection des participants, nous avons eu recours à la méthode accidentelle dit « à tout venant » ou dit de « surplace » qui consiste à investir le terrain d'étude et interroger les sujets volontaires remplissant les critères de notre population. Ainsi, nous avons pu interroger effectivement 58 femmes (10 âgées de 15 à 19 ans ; 48 âgées de 20 à 24 ans) et 45 hommes (15 âgés de 15 à 19 ans ; 30 âgés de 20 à 24 ans).

Tableau 3 : tableau récapitulatif du sexe et de l'âge des participants

GENRE/ TRANCHES D'AGES	Masculin	Féminin	Total
15-19 ans	15	10	25
20-24 ans	30	48	78
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>58</b>	<b>103</b>

## 2.3. Matériel de collecte des données

Pour les besoins de cette étude, le questionnaire est l'outil qui a servi à la collecte des données. Ce questionnaire comporte trois principaux axes. Le premier axe traite des considérations sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'études, auto-connaissance du statut sérologique ou connaissance du statut sérologique du partenaire sexuel, etc.). Ici, les questions adressées au sujet servent uniquement et simplement à identifier le sujet. L'importance de cet axe se situe en l'assurance que donne de savoir que le participant respecte les critères définis. Le deuxième axe est relatif à la mesure de l'estime de soi. Celle-ci est effectuée au moyen de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg comportant dix items. Quant à la mesure des comportements à risque de contamination au VIH, ils font l'objet du troisième axe du questionnaire. Cet axe comporte une échelle de dix items. Cette échelle conçue spécialement dans le cadre de cette étude a suivi les

procédures de validation. L'alpha de Cronbach pour vérifier la consistance interne de notre échelle indique qu'elle est bonne en raison de 0.71.

## 2.4. Déroulement de l'étude

L'enquête a eu lieu à Abidjan. Nous avons opté pour l'administration du questionnaire par contact direct enquêteur-enquêté. Nous nous sommes fait aider dans cette tâche par des enquêteurs recrutés. Ces derniers ont été soumis à une séance de travail, le mercredi 24 septembre 2025, afin de les amener à une maîtrise du questionnaire. Cette formation des enquêteurs est utile car cela reste la meilleure façon de les armer à toute éventualité. Aussi, faut-il le dire, l'expérience acquise de nos précédentes études montre que d'éventuelles difficultés de compréhension peuvent être rencontrées pendant l'enquête. Au cours de cette séance de formation des enquêteurs, nous avons expliqué l'intégralité de l'instrument. À l'endroit des enquêteurs,

nous avons formulé des consignes claires. Parmi celles-ci, il fallait toujours obtenir le consentement éclairé du sujet avant de lui administrer le questionnaire, surtout que la thématique traitée reste sensible. Ces consignes ont accompagné toute l'enquête qui a eu lieu toute la journée du jeudi 25 septembre 2025 à Abidjan.

## 2.5. Analyse des données

Les données relatives à la mesure de l'estime de soi ont été analysées à partir des scores bruts recueillis sur l'échelle de Rosenberg. Ces scores allant de 10 points à 40 points ont permis de catégoriser les participants en deux groupes : les participants qui ont une estime de soi élevée et les participants qui ont une estime de soi basse.

Cette base d'analyse a été également appliquée pour la mesure des

comportements à risque de contamination au VIH. Ici également, les participants obtiennent un score allant de 10 points à 40 points à raison de dix items mesurés sur une échelle de 4 points. Les scores obtenus ont permis de catégoriser les sujets en deux groupes : sujets adoptant plus de CR et ceux adoptant moins de CR.

Le traitement statistique des données s'est fait au moyen du Khi carré de Pearson. Quant à la force du lien, le test de V de Cramer est envisagé.

## 3. Résultats

Avant de mettre en évidence les résultats conformes à notre hypothèse de travail, il est important de présenter les caractéristiques socio-démographiques des participants se répartissent comme suit :

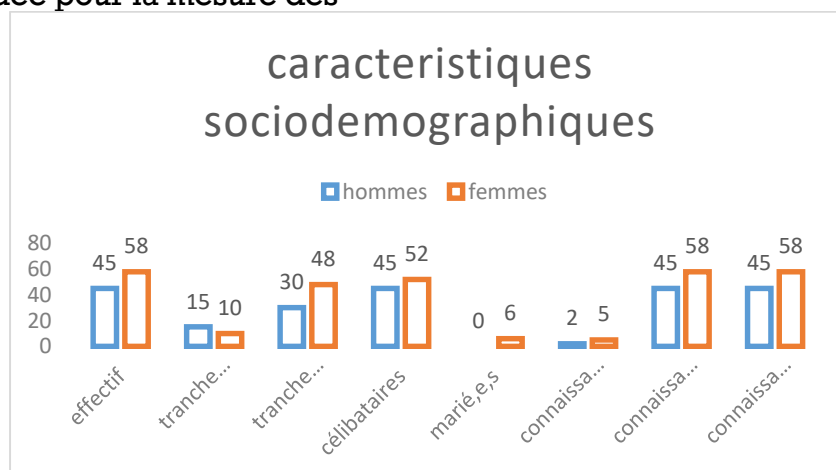


Figure 1 : caractéristiques socio démographiques des participants

Cette figure montre que l'échantillon est composé de 45 hommes et de 58 femmes qui affirment tous avoir une connaissance suffisante des modes de transmission et des moyens de prévention. Parmi les hommes, 15 sont de la tranche d'âge de 15-19 ans ; 30 sont de la tranche d'âge de 20-24 ans. Ils sont tous célibataires (en union libre) et seulement 2 connaissent le statut sérologique de leurs partenaires sexuelles. Du Côté des femmes, on

trouve 10 qui ont un âge compris entre 15-19 ans ; 30 dont l'âge est compris entre 20-24 ans ; 6 qui sont mariées et seulement 5 qui connaissent le statut sérologique de leurs partenaires sexuels.

Conformément à notre hypothèse de travail, nous abordons le point qui présente l'effet de l'estime de soi sur les comportements à risque vis-à-vis de l'infection au VIH/SIDA.

**Effet de l'estime de soi sur les comportements à risque de santé****Tableau 4 : tableau recroisé estime de soi- comportements à risque de contamination au VIH/SIDA**

VARIABLE INDEPENDANTE		VARIABLE DEPENDANTE	Comportements vis à vis de l'infection au VIH		Total
			Comportements à risque de contamination au VIH/SIDA	Comportements sécuritaires	
Estime de soi des participants	Estime de soi élevée	Effectif % compris dans estime de soi des participants	34 73,9%	12 26,1%	46 100,0%
	Estime de soi basse	Effectif % compris dans estime de soi des participants	17 29,8%	40 70,2%	57 100,0%
Total		Effectif % compris dans estime de soi des participants	51 49,5%	52 50,5%	103 100,0%

L'analyse de ce tableau donne les enseignements suivants : sur les 46 sujets qui ont une estime de soi élevée, 34 soit 73,9% adoptent des comportements à risque de contamination au VIH/SIDA et 12 soit 26,1% adoptent des comportements sécuritaires contre

l'infection au VIH. En revanche, sur 57 sujets possédant une estime de soi basse, seulement 17 soit 29,8% s'adonnent aux comportements à risque et 40 soit 70,2% adoptent des comportements protecteurs.

Tableau 5 : Test du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Significatio n exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	19,795 <sup>a</sup>	1	,000		
Correction pour la continuité <sup>b</sup>	18,070	1	,000		
Rapport de vraisemblance	20,506	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	19,602	1	,000		
Nombre d'observations valides	103				

Le test du khi deux indique une différence significative au seuil de probabilité  $P \leq 0,05$  à 1 ddl (1 degré de liberté). En effet, le test du khi deux calculé (19,79) est supérieure au khi deux théorique (3,84). L'hypothèse de travail est donc acceptée et l'hypothèse nulle  $H_0$  rejetée. Il se trouve donc que l'estime de soi exerce une influence sur l'adoption de

comportements à risque de santé. Cette différence est en faveur des individus qui ont une estime de soi positive. Autrement dit, lorsque les individus ont une estime de soi élevée, ils adoptent davantage de comportements à risque que lorsqu'ils ont une estime de soi basse. L'intensité du lien entre ces deux variables est mise en exergue par le test du V de Cramer.

Tableau 6 : tableau du V de Cramer

	Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,438
	V de Cramer	,438
Nombre d'observations valides	103	

Le test de V de cramer indique une valeur de 0.438 sur une valeur comprise entre 0 et 1. Il est donc de toute évidence très important et révèle que le lien entre l'estime de soi et les comportements à

risque de contamination au VIH/SIDA est fort.

Les résultats de l'estime de soi peuvent être expliqués à la lumière de la théorie de Witte (1992a). Selon cette

théorie, les personnes qui ont une moindre vulnérabilité perçue devant une menace ont plus de chance d'adopter des comportements à risque de santé. Dans notre cas, nous dirons que les personnes qui ont une moindre vulnérabilité perçue face au VIH/SIDA adoptent davantage de comportements à risque. Les personnes qui ont une estime de soi positive sont le prototype de cette catégorie ci-dessus décrite. Rappelons que les personnes qui ont une estime de soi positive sont des personnes qui ont une évaluation globale positive d'elles-mêmes. L'image positive qu'elles ont d'elles-mêmes et la confiance qu'elles portent en leur jugement les rend forts, importants et peu susceptibles de tomber sur le coup des événements négatifs tels que le VIH. Cette perception des choses fait que ces personnes restent difficilement influençables et résistent tant bien que mal à un appel à la peur. Elles sont donc moins suggestibles. Leur capacité de résistance ou de réactance à la persuasion les rend très hermétiques aux recommandations. Elles développent ainsi une insensibilité plus poussée à toute recommandation. Dans cette perspective, les personnes dotées d'une telle estime de soi sont plus susceptibles de banaliser la pandémie et les méthodes de sécurité. Une telle attitude est sans doute la voie ouverte au développement des comportements à risque. C'est ce qui justifie la présence significative de comportements à risque chez cette catégorie d'individus.

A l'inverse, les personnes qui ont une estime de soi faible (négative) sont très suggestibles et sensibles à l'environnement social. Les sujets de cette catégorie ont un sentiment de vulnérabilité perçue plus élevé. Celui-ci fait qu'ils ont une évaluation très objective de la gravité de la menace et de l'efficacité des recommandations. En effet, si la gravité perçue semble être l'élément qui précède l'évaluation des

autres, il peut arriver que la vulnérabilité perçue influence celle-là. Une personne peut se baser sur son état de santé général ou son invulnérabilité organique antérieure face à d'autres pathologies pour estimer la gravité d'une menace. Ces sujets sont donc plus susceptibles d'aménager plus d'efforts pour respecter les mesures de protection. Voici pourquoi on a une moindre présence de comportements à risque chez cette catégorie d'individus.

#### 4. Discussion

Dès les premiers instants de cette étude, nous visions principalement à indiquer la place de l'individu dans la dynamique actuelle du VIH dans notre pays la Côte d'Ivoire. Axer notre étude sur la place de l'individu dans la compréhension et la dynamique de la maladie revient à interroger les caractéristiques personnelles qui exercent une influence sur l'adoption des comportements à risque vis-à-vis du VIH. De manière spécifique, ce travail vise à montrer l'influence de l'estime de soi sur l'adoption des comportements à risque de VIH. Ainsi, l'hypothèse suivante a été formulée : « La fréquence des comportements à risque est plus soutenue chez les sujets de 15 à 24 ans qui ont une estime de soi élevée que chez les sujets de 15 à 24 ans qui ont une estime de soi faible ».

Les résultats de notre étude confirment notre hypothèse. Un tour dans la littérature existante nous permet de constater que nos résultats trouvent un écho favorable.

Une étude de REPER (2009) est parvenue à déterminer que les élèves qui ont une estime de soi forte sinon positive sont susceptibles d'être en meilleure santé que les élèves qui ont une estime de soi faible ou négative. Dans l'environnement scolaire, les premiers sont plus épanouis, se sentent plus à l'aise

avec leurs camarades. Ils sont également moins susceptibles de subir les caprices, les intimidations et les humiliations de leurs camarades. Aussi ces derniers sont-ils plus résistants à l'influence négative de leurs pairs. Les seconds quant à eux sont parfois à la merci de leurs camarades. Ce qui suscite parfois chez ces derniers un mal être psychologique qui peut déteindre sur leur santé physique. Ils sont très suggestibles et s'adonnent parfois à des comportements susceptibles de nuire à leur santé. On pourrait dire ici que l'estime de soi, dans le sens estime de soi faible, exerce une influence sur les comportements à risque de santé. Ces résultats s'opposent aux nôtres. Toutefois, une analyse approfondie de cette étude laisse entrevoir que l'estime de soi en tant que facteur qui pousse les élèves à résister à l'influence de leurs camarades, est celle-là même qui les fait résister au changement de comportement vis-à-vis du VIH/SIDA.

D'autres études dans la littérature confortent nos résultats. Dosso (2014), dans une étude consacrée sur les adolescents de la rue de la ville d'Abidjan, est parvenu à déterminer que les sujets qui ont une estime de soi forte développent des comportements à risque que les sujets qui ont une estime de soi faible. Autrement dit, les adolescents qui ont une estime de soi élevée adoptent plus de comportements à risque : par exemple, ce sont eux qui font le plus abus de l'alcool, qui font le plus usage de la drogue. Ces comportements, susceptibles de compromettre la santé de ces adolescents sont ici appelés comportements à risque de santé.

Dans une étude sur les conduites à risque, Otémé (2002) met en évidence l'effet de l'estime de soi sur la conduite à risque. Il en ressort que plus le niveau de

l'estime de soi du chauffeur est élevé plus ce dernier est enclin au non-respect du code de la route, à l'excès de vitesse, aux mauvais dépassements, etc. Dans la même perspective, l'étude de Beaumeister, Boden et Smart (1996) fait apparaître l'estime de soi comme un facteur dont l'effet dans l'occurrence des comportements à risque chez les adolescents est également significatif : les sujets qui ont une estime de soi élevée sont ceux qui posent plus d'actes d'agression ou de violence en cas de menace ou d'atteinte à « l'amour propre ». Crocker et al. (1987) notent par ailleurs que les auto-évaluations positives sont liées à un certain nombre de comportements qui peuvent être vus comme dépressifs et potentiellement mal adaptés tels que les préjugés, les comportements agressifs, violents (Baumeister et al. 1996).

Les résultats des études qui vont dans le même sens que ceux de notre hypothèse montrent que les auto-évaluations hautement favorables sont plus susceptibles de conduire les sujets vers des comportements à risque de santé. L'explication en est que les individus qui présentent un niveau élevé d'estime de soi n'anticipent pas vraiment le fait qu'ils pourraient échouer ou être exposés à des dangers. Dans le cadre de cette étude, les personnes qui ont une estime de soi forte n'anticipent pas qu'elles pourraient tout aussi comme les autres être exposés au danger du VIH/SIDA.

## 5. Conclusion

A l'entame de cette étude, nous avons formulé un objectif qui est celui de mettre en exergue l'effet de l'estime de soi sur la propension des comportements à risque de contamination au VIH/SIDA. Pour se faire, nous avons formulé une hypothèse de travail qui postule que l'adoption des comportements est plus

répandue chez les jeunes qui ont une estime de soi forte tandis que ceux qui ont une estime de soi faible adoptent davantage de comportements sécuritaires.

La vérification de cette hypothèse a nécessité la mise en place rigoureuse qui a consisté en la description des variables ainsi que de leurs indicateurs, en la définition des caractéristiques de la population d'étude, en la définition des caractéristiques de l'échantillon, à l'exposé de l'instrument de collecte des données, à l'exposé liminaire du déroulement de l'enquête et des techniques statistique qui ont servi à l'analyse des données.

Les résultats issus des données collectées confirment notre hypothèse de travail et réfutent l'hypothèse nulle. Ainsi toute relation mise en évidence entre l'estime de soi et les comportements à risque de contamination n'est en aucun cas due à l'effet du hasard. Il s'avère donc que l'estime de soi exerce bel et bien une influence significative sur l'adoption des comportements à risque de contamination au VIH/SIDA. Ce résultat est d'autant vrai lorsque les jeunes bénéficient d'une estime de soi forte. En revanche, lorsque les jeunes ont une estime de soi faible, ils sont plus portés vers l'adoption des comportements sécuritaires.

Ces résultats révèlent un enseignement très important. D'une part, ces résultats montrent que des facteurs psychologiques exercent une influence sur les comportements à risque de contamination au VIH/SIDA. D'autre part, les résultats montrent que l'estime de soi perçue comme une variable importante pour l'équilibre cognitif de l'être humain peut être à l'origine des comportements à risque. En effet, selon les résultats de cette étude, on retrouve chez les personnes disposant d'une estime de soi élevée, des sentiments tels que

l'invulnérabilité perçue, l'illusion de contrôle, l'optimisme comparatif, etc. qui créent un biais de jugement dans leur choix, leur comportement de protection. Dans un premier temps, les personnes qui ont une auto-évaluation de soi élevée restent peu réceptives aux appels à la peur (sensibilisation à la protection). Dans un deuxième temps, elles entretiennent un optimisme comparatif estimant à tort qu'elles restent moins vulnérables, moins exposées au risque et sûres de contrôler les événements de leur vie. En revanche, elles pensent que les autres sont plus vulnérables, plus exposés et moins surs d'avoir un contrôle sur les événements de leur vie. De ce fait, les personnes disposant d'une estime de soi élevée sont moins favorables aux comportements de protection, d'où la plus grande présence de comportements à risque dans cette catégorie

Quant aux personnes qui ont une estime de soi faible, elles restent plus réceptives aux appels à la peur. En effet, ces personnes semblent plus suggestibles en raison de leur vulnérabilité perçue vis-à-vis de la pathologie. Le seul moyen donc pour ces derniers est de placer une presque entière confiance aux moyens de protections disponibles. C'est d'ailleurs ce qui explique chez ceux-ci une moindre importance des comportements à risque. Il faut tout de même souligner que la suggestibilité que ces derniers affichent est parfois le défaut qui les fait suivre l'avis d'un frère, d'un ami ou d'un partenaire sexuel. Ce qui expliquerait l'adoption des comportements sécuritaires chez ces jeunes.

A l'issue de cette étude, il importe d'indiquer que la sensibilisation en masse est certes une bonne chose parce que moins coûteuse, moins difficile mais n'atteint pas toujours l'objectif escompté. Il est nécessaire voire impérieux que le message de la sensibilisation soit adapté

à la catégorie d'individu qui se trouve en face. Pour se faire, les sensibilisations peuvent être précédées d'un test d'évaluation de soi qui permettra de séparer les sujets en vue de mieux adapter le message.

## 6. Références

1. Auvert, B., Taljaard, D., Lagarde, E., Sobngwi-Tambekou, J., Sitta, R., & Puren, A. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine*, 2(11), e298.
2. Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103(1), 5–33.
3. Brookmeyer, R. (1989). Special issues on statistical and mathematical modelling of the AIDS epidemic. *Statistics on Medicine*. 8, 1-140.
4. Chin, J., & Lwanga, S. K. (1991). Estimation and projection of adult AIDS cases: A simple epidemiological model. *Bulletin of the World Health Organization*, 69(4), 399–406.
5. Crocker, J., Thompson, L. L., McGraw, K. M., & Ingerman, C. (1987). What are social comparisons for? *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 878–893.
6. De Walque, D. (2004). *Socio-economic status and HIV in Uganda: A multilevel analysis* (Policy Research Working Paper No. 3414). The World Bank.
7. Dosso, M. (2014). *Estime de soi, durée dans la rue et comportements à risque de marginalité chez les adolescents de la rue* [Mémoire de master non publié]. Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody.
8. Fabiani, E., Pécol, B., & Laing, R. (2006). Access to essential medicines in countries affected by complex emergencies. *Conflict and Health*, 1(1), 16
9. Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
10. Lachaud, J.-P. (2007). HIV prevalence and poverty in Africa: Micro- and macro-econometric evidences applied to Burkina Faso. *Journal of Health Economics*, 26(3), 483-504.
11. Louria, D.B. (2003). Emerging and reemerging infections: Societal determinants. *Futures vol.32 (2000)*, p.581-594.
12. Nattrass, N. (2006). *The Moral Economy of AIDS in South Africa*. Cambridge University Press.
13. Organisation des Nations Unies. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). (2024). *Rapport pour la Journée mondiale du sida 2024 : Suivons le chemin des droits pour mettre fin au sida*.
14. Otémé, A. C. (2002). *Estime de soi et conduites à risque chez les jeunes en Côte d'Ivoire* [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Cocody-Abidjan.
15. Over, M. (1992). *The macroeconomic impact of AIDS in sub-Saharan Africa* (Africa Technical Department, Population, Health, and Nutrition Division, Working Paper). The World Bank.
16. Parker, R., Easton, D., & Klein, C. (2000). *Structural barriers and facilitators in the response to AIDS*:

17. *Current issues and future directions*. Fundação Oswaldo Cruz.
18. Philpott, A. (2002). Addressing sexually transmitted infections in HIV prevention. *Health Policy and Planning, 17*(2), 196-201.
19. Pinkerton, S. D., & Abramson, P. R. (1997). Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Social Science & Medicine, 44*(9), 1303-1312.
20. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2006, mai). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006*.
21. Stillwagon, E. (2000). HIV transmission in latin America. Comparisons with Africa policy implications, South Africa. *Journal of economics, 68*
22. Stillwagon, E. (2006). *AIDS and the ecology of poverty*, oxford: Oxford University press.
23. Tsafack, T.C. (2009). Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. CERDI, CNRS. Université d'Auvergne, United Nations Economic Commission for Africa. *Revue d'économie du développement 2009/1, 17, 228*.
24. Witte, K. (1992). Putting the fear back into appeals: the extended parallel process model. *Communications Monographs, 59, 4, 329-349*.
25. Witte, K. (1994). Fear control and danger control: A test of the extended parallel process model (EPPM). *Communications Monographs, 61, 2, 113-134*.

**ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE**

Ce questionnaire vous est adressé. Nous vous demandons gentiment de bien vouloir le remplir en ayant à l'esprit le principe de l'honnêteté. Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement anonyme et collectif. Pour que ce questionnaire soit valide, une réponse à chaque question est nécessaire, svp. Nous vous remercions d'avance pour votre disponibilité et pour votre collaboration.

**I-IDENTIFICATION**

1-sexe : M            F

2-indiquez votre tranche d'âge : 15-19 ans            ; 20-24 ans            ; autres à

Préciser .....

3-Quel est votre niveau d'études : .....

4- Où résidez-vous ? .....

5-Avez-vous un partenaire sexuel ? Oui            Non

6- connaissez-vous votre statut sérologique ? Oui            Non

7- Connaissez-vous le statut sérologique de votre partenaire sexuel ? (NB : cette question s'adresse à ceux qui ont répondu oui à la question n°5) Oui            Non

8-Avez-vous connaissance des modes de transmission du VIH ? Oui            Non

9- Connaissez-vous les moyens pour éviter l'infection du VIH ? Oui            Non

**II MESURE DE L'ESTIME DE SOI**

Les questions qui suivent servent à mesurer votre estime de soi. Elles consistent principalement à mesurer votre évaluation globale de soi. Nous vous prions de bien vouloir donner une réponse à chaque item en cochant la case qui vous correspond le plus.

Vous avez la possibilité entre quatre réponses :

**Tout à fait d'accord ; D'accord ; Pas d'accord ; Pas du tout d'accord.**

N°	ITEMS	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1	Personne n'a de la valeur que moi.				
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités				
3	Quand je regarde ce que je suis et ce que j'ai comme bien, je considère que j'ai raté ma vie.				
4	Je peux réussir ce que quelqu'un d'autre réussit à faire.				
5	Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.				
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même				
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.				
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même				
9	Parfois je me sens inutile.				
10	Il m'arrive parfois de penser que je ne suis pas important (e).				

## III-MESURE DES COMPORTEMENTS A RISQUE DE VIH

Les items qui suivent évaluent votre degré d'accord sur les comportements susceptibles d'exposer à l'infection du VIH, veuillez répondre en cochant la case qui vous correspond le plus.

Vous avez le choix entre : Pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord et tout à fait d'accord.

N°	Items	Pas du tout	Pas vraiment	Plus ou moins	Effectivement
1	J'ai eu plus d'un (e) partenaire sexuel (le) au cours des deux dernières années.				
2	J'ai déjà eu plusieurs rapports sexuels non protégés avec différent (e)s partenaires sexuel (le) s.				
3	J'ai déjà eu des rapports sexuels non protégés avec quelqu'un dont j'ignorais le statut sérologique.				
4	Quand j'ai confiance en mon (ma) partenaire sexuel (le), l'usage du préservatif n'est plus nécessaire.				
5	Je n'ai pas mes propres objets de beauté (coiffure, pédicure, manucure, etc.).				
6	Il m'est déjà arrivé d'utiliser les mêmes objets (lame, matériels de pédicure, etc.) qu'un de mes frères ou de mes sœurs.				
7	Le préservatif entache ma sensation de plaisir, il m'arrive de ne pas l'utiliser.				
8	Il m'est déjà arrivé (e) de fréquenter les prostituées ou d'avoir des rapports sexuels avec une fille rencontrée occasionnellement (pour les hommes)				
	Cela m'est déjà arrivé d'avoir des rapports sexuels avec un partenaire rencontré occasionnellement (pour les femmes).				
9	Je fais usage du préservatif que pour éviter les grossesses, pour moi il plus nécessaire à cela.				
10	Il ne m'est jamais arrivé (e) d'essayer une pénétration anale pendant des rapports sexuels.				