

INTRODUCTION

Principales tendances régionales et mondiales

Depuis quelques années, des progrès prometteurs sont faits à l'échelle mondiale pour combattre l'épidémie de SIDA, notamment un accès accru à des programmes efficaces de traitement et de prévention. Pourtant, le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter, tout comme le nombre de décès dus au SIDA. Un total de 39,5 millions [34,1 millions-47,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH en 2006—2,6 millions de plus qu'en 2004. Ce chiffre comprend les 4,3 millions [3,6 millions-6,6 millions] d'adultes et d'enfants dont on estime qu'ils ont contracté une infection en 2006, soit environ 400 000 de plus qu'en 2004.

Dans de nombreuses régions du monde, les nouvelles infections à VIH sont largement concentrées parmi les jeunes (15-24 ans). Parmi les adultes de 15 ans et plus, les jeunes ont représenté 40% des nouvelles infections en 2006.

L'Afrique subsaharienne supporte toujours la plus grande partie du fardeau de l'épidémie mondiale. Deux tiers (63%) de tous les adultes et enfants vivant avec le VIH dans le monde se trouvent en Afrique subsaharienne, et l'épicentre de l'épidémie se situe en Afrique australe (voir pages 10-23). Un tiers (32%) de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent en Afrique australe et 34% de tous les décès dus au SIDA en 2006 s'y sont produits.

On observe une baisse des taux nationaux de prévalence du VIH dans certains pays d'Afrique subsaharienne, mais ces tendances ne sont encore ni assez fortes ni assez répandues pour affaiblir l'impact global des épidémies dans cette région (voir pages 10-23).

Près de trois quarts (72%) de tous les décès dus au SIDA en 2006 se sont produits en **Afrique subsaharienne** : 2,1 millions [1,8 million-2,4 millions] sur un total mondial de 2,9 millions [2,5 millions-3,5 millions]. Globalement, l'Afrique subsaharienne abrite quelque 24,7 millions [21,8 millions-27,7 millions] d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, soit 1,1 million de plus qu'en 2004.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté dans chacune des régions du monde au cours des deux dernières années. Les augmentations les plus frappantes ont eu lieu en **Asie de l'Est** et en **Europe orientale** et **Asie centrale**, où le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2006 était supérieur d'un cinquième (21%) à celui de 2004.

Depuis 2000-2001, la prévalence du VIH parmi les jeunes a décliné dans huit des 11 pays disposant de données suffisantes pour analyser les récentes tendances.

Les 270 000 [170 000-820 000] adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH en **Europe orientale** et **Asie centrale** en 2006 constituent une augmentation de près de 70% par rapport aux 160 000 [110 000-470 000] personnes qui avaient contracté le VIH en 2004. En **Asie du Sud et du Sud-Est**, le nombre de nouvelles infections à VIH a augmenté de 15% en 2004-2006, alors qu'au **Moyen-Orient** et en **Afrique du Nord** il a augmenté de 12%. En **Amérique latine**, aux **Caraïbes**, et en **Amérique du Nord**, les nouvelles infections en 2006 sont restées approximativement les mêmes qu'en 2004.

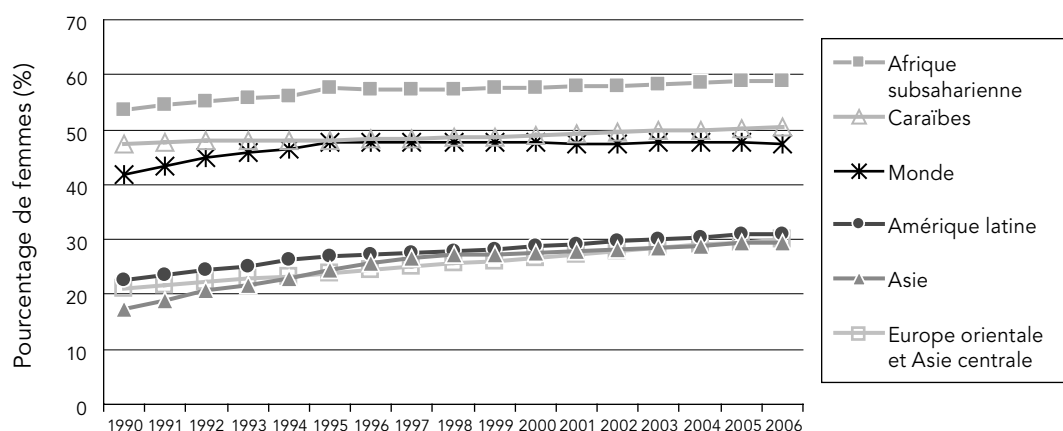
A l'échelle mondiale et dans chaque région, le nombre de femmes adultes (15 ans et plus)

Statistiques et caractéristiques régionales du VIH concernant les femmes, 2004 et 2006

		Nombre de femmes (15+) vivant avec le VIH	Pourcentage des adultes (15+) vivant avec le VIH qui sont des femmes (15+) (%)
Afrique subsaharienne	2006	13,3 millions [11,5–15,2 millions]	59
	2004	12,7 millions [11,0–14,5 millions]	59
Afrique du Nord et Moyen-Orient	2006	200 000 [100 000–370 000]	48
	2004	180 000 [89 000–330 000]	49
Asie du Sud et du Sud-Est	2006	2,2 millions [1,3–3,6 millions]	29
	2004	2,0 millions [1,2–3,3 millions]	29
Asie de l'Est	2006	210 000 [110 000–370 000]	29
	2004	160 000 [90 000–280 000]	27
Océanie	2006	36 000 [17 000–90 000]	47
	2004	32 000 [16 000–81 000]	47
Amérique latine	2006	510 000 [350 000–800 000]	31
	2004	450 000 [310 000–670 000]	30
Caraïbes	2006	120 000 [85 000–160 000]	50
	2004	110 000 [80 000–150 000]	50
Europe orientale et Asie centrale	2006	510 000 [330 000–810 000]	30
	2004	410 000 [260 000–650 000]	30
Europe occidentale et centrale	2006	210 000 [160 000–300 000]	28
	2004	190 000 [140 000–260 000]	28
Amérique du Nord	2006	350 000 [190 000–570 000]	26
	2004	300 000 [160 000–510 000]	26
TOTAL	2006	17,7 millions [15,1–20,9 millions]	48
	2004	16,5 millions [14,2–19,5 millions]	48

Tableau 2

Pourcentage des adultes (15+) vivant avec le VIH qui sont des femmes, 1990–2006



Source : ONUSIDA/OMS, 22 septembre 2006

Figure 1

vivant avec le VIH est plus élevé que jamais. Les 17,6 millions [15,1 millions–20,9 millions] de femmes vivant avec le VIH en 2006 constituent une augmentation de plus d'un million par rapport à 2004. En **Afrique subsaharienne**, pour 10 hommes adultes vivant avec le VIH, on compte environ 14 femmes adultes infectées par le virus. Dans l'ensemble des groupes d'âge, 59% des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne en 2006 étaient des femmes. Dans les **Caraïbes**, au **Moyen-Orient** et en **Afrique du Nord**, et en **Océanie**, près d'un adulte sur deux

Cibler les risques

La nature centrale des comportements à risque (tels que la consommation de drogues injectables, les rapports sexuels rémunérés non protégés et les rapports sexuels non protégés entre hommes) est particulièrement évidente dans les épidémies de VIH d'Asie, d'Europe orientale et d'Amérique latine (voir Figure 2). En **Europe orientale** et en **Asie centrale**, par exemple, deux infections à VIH sur trois (67%) en 2005 étaient imputables à l'utilisation

Proportions des infections à VIH dans divers groupes de la population, par région, 2005

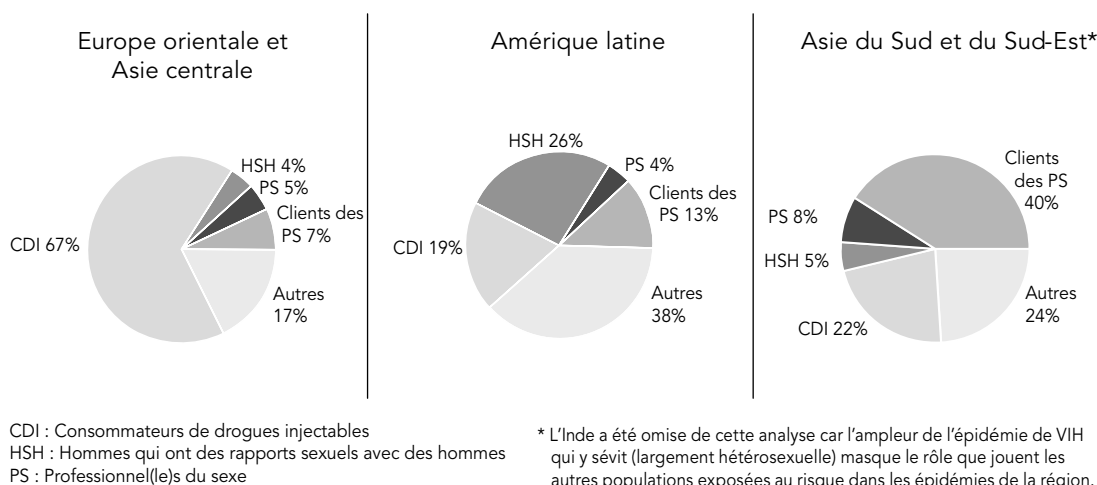


Figure 2

vivant avec le VIH est une femme. Par ailleurs, dans de nombreux pays d'**Asie**, d'**Europe orientale** et d'**Amérique latine**, les proportions de femmes vivant avec le VIH continuent d'augmenter.

L'accès aux traitements et à la prise en charge s'est considérablement accru ces dernières années, bien que de nombreux pays soient partis d'un niveau très bas. Et les effets sont spectaculaires. On estime que deux millions d'années de vie ont été épargnées depuis 2002 dans les pays à faible et moyen revenus grâce à l'extension de la fourniture des traitements antirétroviraux. Rien qu'en Afrique subsaharienne, quelque 790 000 années ont été épargnées, dont la vaste majorité au cours des deux ans d'expansion des traitements antirétroviraux. En Amérique latine, où la fourniture de traitements à grande échelle a commencé plus tôt, quelque 834 000 années de vie ont été épargnées depuis 2002.

de matériel non stérile d'injection de drogues. Les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, qui parfois s'injectent également des drogues, représentaient environ 12% des infections à VIH.

Le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables représentent une proportion globale analogue des infections à VIH actuelles en **Asie du Sud et du Sud-Est** (voir pages 24–36). A l'exception de l'Inde, près d'une infection à VIH sur deux (49%) en 2005 s'est produite parmi des professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et plus d'une sur cinq (22%) parmi des consommateurs de drogues injectables. Une proportion modeste mais importante des infections (5%) ont eu lieu chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. En **Amérique latine**, par contre, une infection à VIH sur quatre (26%) en 2005 s'est produite chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes alors que 19% ont été

relevées chez des consommateurs de drogues injectables. Bien que la prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe soit relativement basse dans cette région (voir pages 48-52), ces personnes et leurs clients représentaient près d'une infection à VIH sur six (17%).

Bien que les épidémies s'étendent aux populations générales des pays de ces régions, elles restent surtout concentrées dans des groupes particuliers de la population. Ceci montre bien qu'il est nécessaire de cibler de manière efficace les stratégies de prévention, de traitement et de prise en charge sur les groupes de la population les plus exposés au risque d'infection à VIH.

Evolution régionale récente

Près de 25 millions de personnes vivent avec le VIH en **Afrique subsaharienne**—63% de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde. Des efforts considérables ont été accomplis pour améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux ces dernières années, et pourtant 2,1 millions [1,8 million-2,4 millions] d'Africains sont morts du SIDA en 2006—presque trois quarts (72%) de tous les décès dus au SIDA dans le monde.

L'Afrique australe est la plus touchée (voir pages 10-23) et le **Zimbabwe** reste le seul pays où le taux national de prévalence chez l'adulte a baissé. La tendance à la baisse semble partiellement liée aux changements de comportement datant du milieu et de la fin des années 1990.

Par ailleurs, les épidémies de VIH en **Afrique du Sud**, au **Mozambique** et au **Swaziland** continuent d'augmenter. On estime qu'un adulte sur trois (33%) au **Swaziland** vivait avec le VIH en 2005, ce qui fait de cette épidémie la plus intense du monde. En **Afrique du Sud**, qui en chiffres absolus compte l'une des plus importantes épidémies de VIH au monde, le taux de prévalence du VIH parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales publiques était en 2005 supérieur de plus d'un tiers (35%) à ce qu'il avait été en 1999. Si les niveaux d'infection à VIH parmi les jeunes femmes enceintes semblent se stabiliser, ils poursuivent leur hausse parmi les femmes plus âgées. L'épidémie a un impact important. Les taux de décès dus à des causes naturelles chez les femmes de 25 à 34 ans se sont multipliés par cinq entre 1997 et 2004, et pour les hommes de 30 à 44 ans, ils ont plus que doublé. Une grande part de

ces augmentations est due à l'épidémie de SIDA (voir pages 10-23).

En Afrique de l'Est, où les niveaux d'infection à VIH sont plus faibles que dans le sud du continent, la tendance générale à la stabilisation ou à la baisse de la prévalence du VIH semble se poursuivre. Le taux national de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes a baissé au **Kenya**, comme en **République-Unie de Tanzanie** et, dans une moindre mesure, au **Rwanda**. Toutefois dans de nombreux pays, on observe souvent des tendances divergentes au niveau local (voir pages 19-20). D'autre part, de nouvelles recherches indiquent un possible recul des progrès faits par l'Ouganda dans sa lutte contre le SIDA dans les années 1990 et la prévalence du VIH est à nouveau en hausse dans certaines zones rurales. Une augmentation soudaine en 2005 des niveaux d'infection parmi les femmes enceintes dans la capitale du **Burundi**, Bujumbura, pourrait inverser la baisse générale observée après 2000 dans le taux de prévalence du VIH de ce pays.

Les épidémies moins sévères de l'Afrique occidentale et centrale montrent des tendances divergentes. On note des signes de baisse de la prévalence du VIH dans les zones urbaines du **Burkina Faso**, de la **Côte d'Ivoire** et du **Ghana**, mais au **Mali** l'épidémie de VIH semble s'accroître. En Afrique subsaharienne, un fait nouveau, l'apparition de la consommation de drogues injectables, pourrait être un facteur des épidémies de VIH de plusieurs pays, notamment au **Kenya** et en **République-Unie de Tanzanie** (ainsi qu'en **Afrique du Sud** et au **Nigéria**).

En Asie, c'est dans la région de l'Asie du Sud-Est que les niveaux nationaux d'infection à VIH sont les plus élevés ; c'est là que l'association du commerce du sexe sans protection et des rapports sexuels non protégés entre hommes, et des pratiques de consommation de drogues injectables sans respect de l'hygiène, constituent les facteurs de risque d'infection à VIH les plus importants. Des flambées de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes deviennent apparentes au **Cambodge**, en **Chine**, en **Inde**, au **Népal**, au **Pakistan**, en **Thaïlande** et au **Viet Nam**. Ce n'est que dans un nombre limité de ces pays que les programmes nationaux s'attaquent de manière adéquate au rôle que jouent les rapports sexuels entre hommes dans les épidémies. On observe des flambées de VIH en **Afghanistan** et

au **Pakistan**, en particulier parmi les consommateurs de drogues injectables. Des niveaux importants d'utilisation de matériel d'injection non stérile ainsi que d'autres comportements à risque offrent à l'épidémie de VIH un potentiel de croissance considérable dans ces deux pays.

Il serait plus logique de parler de l'épidémie de VIH en **Inde** comme d'une série d'épidémies, très variées pour ce qui est des taux de prévalence, des facteurs de risque d'infection et des schémas de transmission. Plusieurs de ces épidémies semblent stables ou en baisse dans certaines régions du sud, alors que d'autres augmentent à un rythme modéré ailleurs (voir pages 28-30). En Chine, où les autorités ont considérablement élargi la riposte au SIDA, le VIH se propage progressivement des populations les plus exposées au risque (notamment les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients) à la population générale, et le nombre d'infections à VIH chez les femmes est en hausse (voir pages 24-27).

Dans la plupart des pays ayant procédé à plusieurs enquêtes, on observe certaines tendances positives en matière de comportements sexuels parmi les jeunes. Le déroulement futur des épidémies de VIH à travers le monde dépend à bien des égards des comportements qu'adoptent ou maintiennent les jeunes, ainsi que des facteurs contextuels qui dictent ces choix.

Les épidémies d'**Amérique latine** restent stables dans l'ensemble, le **Brésil** en particulier fournissant la preuve qu'une approche insistant à la fois sur la prévention et le traitement peut permettre de maîtriser une épidémie de VIH (voir pages 48-52). Des flambées du virus continuent de se produire parmi les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans la plupart des pays d'Amérique du Sud. Bien que ce comportement soit largement caché, la sexualité entre hommes représente probablement jusqu'à un dixième des cas de VIH notifiés dans les Caraïbes. Dans cette région, la prévalence du VIH reste stable en République dominicaine et a baissé dans les zones urbaines d'Haïti, mais dans certains endroits des signes montrent que les épidémies des deux pays pourraient bien marquer une recrudescence si les efforts de prévention ne sont pas renforcés.

Les minorités ethniques des **Etats-Unis d'Amérique** restent frappées de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH, alors que les populations autochtones sont surreprésentées dans l'épidémie du **Canada** (voir pages 55-56). Là-bas, comme en **Europe occidentale et centrale**, les rapports sexuels non protégés entre hommes restent le principal facteur de risque d'infection à VIH. Dans plusieurs pays d'Europe occidentale, le taux de prévalence du VIH se situe entre 10% et 20% parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et on observe une augmentation des rapports sexuels occasionnels et non protégés dans ce groupe de la population. Dans le même temps, quelque trois quarts des infections à VIH contractées par la voie hétérosexuelle en Europe occidentale et centrale se produisent parmi des immigrants et des migrants. Ce phénomène souligne la nécessité d'adapter les services de prévention, de traitement et de prise en charge, afin qu'ils accèdent à ces populations.

Les épidémies de VIH en **Europe orientale** et en **Asie centrale** sont encore relativement jeunes et poursuivent leur croissance, et tout particulièrement en **Ukraine**, qui connaît le taux de prévalence du VIH le plus élevé de toute l'Europe (voir pages 37-43). Là-bas comme dans l'épidémie en hausse en **Fédération de Russie** et dans les épidémies plus modestes mais croissantes du **Tadjikistan** et de l'**Ouzbékistan**, l'utilisation de matériel non stérile d'injection de drogues reste le principal mode de transmission du VIH. Dans les épidémies de VIH de ces régions, ce sont les jeunes qui sont les plus durement frappés ; en Fédération de Russie, par exemple, environ 80% des personnes vivant avec le VIH ont moins de 30 ans. En Fédération de Russie et en Ukraine, les femmes (souvent de moins de 25 ans) portent une part croissante du fardeau du VIH, représentant plus de 40% des nouveaux diagnostics de VIH en 2005.

L'insuffisance de la surveillance du VIH reste un obstacle dans de nombreux pays – y compris en **Europe**, dans les **Caraïbes**, en **Amérique centrale** et au **Moyen-Orient** et en **Afrique du Nord**. C'est pourquoi il est difficile de définir précisément les caractéristiques et tendances de certaines épidémies de VIH et de concevoir et d'exécuter des programmes potentiellement efficaces. Il existe des exceptions récentes, dont la **République islamique d'Iran**, qui s'est appuyée sur de meilleurs systèmes de collecte de l'information pour élargir sa riposte au sein des populations exposées au risque.

Tendances du VIH et des comportements sexuels parmi les jeunes

En 2001, la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA* des Nations Unies a adopté l'objectif visant à réduire de 25% d'ici à 2005 la prévalence du VIH chez les jeunes des pays les plus touchés, dans le but de contribuer à suivre les progrès accomplis dans la prévention de nouvelles infections. Pour déterminer en temps réel les tendances de l'incidence du VIH et en particulier l'impact des programmes de prévention sur cette incidence, il faudrait idéalement procéder à des études longitudinales sur un grand nombre de personnes. Étant donné les difficultés pratiques de l'exécution de ces études, on a proposé d'utiliser la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans qui fréquentent les consultations prénatales comme mesure d'approximation de l'incidence.

Pour évaluer les progrès faits dans la réalisation de cet objectif, les pays dont le niveau national de prévalence est supérieur à 3% ont été priés par le Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST de participer à cette entreprise.

La prévalence du VIH a baissé depuis 2000-2001 dans huit pays sur les 11 possédant des données suffisantes pour analyser les tendances récentes parmi les jeunes (voir Tableau 3).¹ Au **Kenya**, la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes a baissé de manière significative de plus de 25% dans les zones urbaines et rurales. Des baisses analogues ont été relevées dans les zones urbaines de **Côte d'Ivoire**, du **Malawi** et du **Zimbabwe**, et dans les zones rurales du **Botswana**. Des baisses moins évidentes (et non significatives) ont été observées dans les villes du **Rwanda**, du **Botswana** et du **Burundi**, et dans les campagnes de **République-Unie de Tanzanie** et du **Zimbabwe**. On n'a relevé aucun signe de baisse des niveaux d'infection à VIH parmi les jeunes en **Afrique du Sud**, au **Mozambique** ou en **Zambie**.

Les tendances des comportements chez les jeunes ont été évaluées en s'appuyant sur les résultats

d'enquêtes nationales effectuées au moins deux fois dans le même pays entre 1992 et 2005. Au **Kenya**, la tendance indique une baisse significative dans le temps des types de comportement sexuel qui exposent les individus au risque d'infection à VIH. La proportion de jeunes qui ont des rapports sexuels avec des partenaires non réguliers a baissé en **Haïti** (hommes seulement), au **Kenya** et au **Malawi** (jeunes hommes et femmes), et en **Zambie** (femmes seulement), mais elle a augmenté au **Cameroun**, et en **Ouganda** (femmes seulement). Par ailleurs, les taux d'utilisation du préservatif avec des partenaires non réguliers semblent avoir augmenté dans certains des pays de l'enquête, dont **l'Afrique du Sud**, le **Cameroun**, **l'Ouganda** et la **République-Unie de Tanzanie** (jeunes hommes et femmes), le **Malawi** (jeunes hommes seulement), et le **Kenya** et la **Zambie** (jeunes femmes seulement). Dans quelques pays, en particulier au **Cameroun**, on note des mouvements simultanés à la fois vers des comportements plus sûrs et vers des comportements à haut risque : on note par exemple une augmentation des pourcentages de jeunes qui pratiquent des activités sexuelles à haut risque qui se produit en parallèle avec une hausse des taux d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels avec un partenaire non régulier.

Malheureusement, un nombre relativement limité de pays ont été en mesure de fournir des données détaillées des tendances comportementales chez les jeunes et nombre d'entre eux ne disposaient d'aucune donnée ou avaient des données insuffisantes sur les tendances de la prévalence du VIH parmi les jeunes—y compris certains des pays d'Afrique australe qui connaissent des taux de prévalence exceptionnellement élevés. Ceci souligne la nécessité d'élargir d'urgence les activités de surveillance du VIH.

Le cours à venir des épidémies de VIH dans le monde dépend dans une large mesure des comportements que les jeunes adoptent et maintiennent et des facteurs contextuels qui motivent ces choix. Certains changements positifs récents sont patents chez les jeunes de certaines parties des Caraïbes et d'Afrique subsaharienne, en particulier d'Afrique de l'Est.

¹ Les données des 30 pays les plus touchés ont été examinées, tous sauf deux (Bahamas et Haïti) en Afrique subsaharienne. Pour analyser les tendances du VIH, il fallait au moins trois séries de données provenant de sites de surveillance régulières du VIH entre 2000 et 2005. Seule une minorité de pays (11 sur 30) disposaient de telles données ou étaient en mesure de les communiquer.

Tendances parmi les jeunes de 15 à 24 ans dans des pays à forte prévalence : prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (2000–2005) dans les systèmes de surveillance sentinelle et comportements sexuels choisis parmi les hommes et les femmes (1992–2005), basées sur des enquêtes nationales

Pays	Tendance de la prévalence*		Age au début de l'activité sexuelle**		Rapports sexuels avec des partenaires occasionnels***		Préservatif avec des partenaires occasionnels****	
	Zones urbaines	Zones rurales	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Angola	DI	DI						
Bahamas	NR	NR						
Botswana	▼ NS	▼ ≥ 25%						
Burundi [#]	▼ NS	?						
Cameroun	DI	DI	↔	▼	▲	▲	▲	▲
République centrafricaine	NR	NR						
Tchad	DI	DI	▼	↔				
Congo	NR	NR						
Côte d'Ivoire	▼ ≥ 25%	DI	▼					
République démocratique du Congo	DI	DI						
Djibouti	NR	NR						
Gabon	NR	NR						
Haïti	NR	NR	▲	▲		▼		
Kenya	▼ ≥ 25%	▼ ≥ 25%	↔	↔	▼	▼	▲	↔
Lesotho	DI	DI						
Malawi [#]	▼ ≥ 25%	↔	▼	▼	▼	▼	↔	▲
Mozambique [‡]		↔	↔					
Namibie	DI	DI	↔					
Nigéria	DI	DI	↔	↔				
Rwanda	▼ NS	NR	↔					
Afrique du Sud [§]		↔	↔	↔	↔	↔	▲	▲
Swaziland	NR	NR						
Togo	DI	DI						
Ouganda	NR	NR	▼		▲	↔	▲	▲
République-Unie de Tanzanie	↔	▼ NS	↔	▼	↔	↔	▲	▲
Zambie [¶]		↔	↔		▼	↔	▲	↔
Zimbabwe	▼ ≥ 25%	▼ NS	▼	↔			↔	↔

Légendes : * Sites utilisés régulièrement dans l'analyse de la prévalence médiane par année pendant un minimum de trois ans. Test de signification basé sur $H_0: \text{slope} = 0$. Analyses des pays comptant plus de trois années de données, fondées sur le nombre suivant de sites réguliers urbains et ruraux : Botswana (10,10), Burundi (3,3), Côte d'Ivoire (9 urbains), Kenya (20,13), Malawi (11,8), Mozambique (5 Sud, 8 Centre, 7 Nord), Rwanda (6 urbains), République-Unie de Tanzanie (11,8), Zimbabwe (7,6)

** Chez les 15-19 ans, proportion déclarant avoir eu des rapports sexuels avant 15 ans. Analyses basées sur des enquêtes DHS, MICS ou nationales réalisées entre 1992 et 2005.

*** Chez les 15-24 ans, proportion déclarant avoir des rapports sexuels avec un partenaire non régulier au cours de l'année écoulée. En Afrique du Sud, chez les 15-24 ans, proportion déclarant avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois. Analyses basées sur des enquêtes DHS et nationales sud-africaines réalisées entre 1992 et 2005.

**** Chez les 15-24 ans, proportion déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire non régulier. Analyses basées sur des enquêtes DHS, MICS ou nationales réalisées entre 1992 et 2005.

▲ Augmentation statistiquement significative
▼ Baisse statistiquement significative
▼ ≥ 25% Baisse supérieure à 25% statistiquement significative
▼ NS Baisse dans le temps, mais pas statistiquement significative
↔ Pas de preuve de baisse
DI Données insuffisantes, c.-à-d. moins de trois années de données disponibles
NR Données non reçues

[#] Zones périurbaines et urbaines liées dans l'analyse des données urbaines
[‡] Aucune donnée communiquée en réponse au processus du Groupe de travailONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST ; analyses basées sur les données du rapport de surveillance de l'Afrique du Sud.
[§] Aucune donnée communiquée en réponse au processus du Groupe de travailONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST ; analyses basées sur les données du rapport 2005 de surveillance de la Zambie. Analyse fondée sur des données rurales et urbaines combinées.
[¶] Analyse au Mozambique faite pour le Sud, le Nord et le Centre.

Tableau 3