



Conseil économique et social

Distr. générale
2 décembre 2014

Français
Original: anglais

Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique

Réunion intergouvernementale pour l'Asie et le Pacifique sur le VIH et le sida

Bangkok, 28-30 janvier 2015

Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

Examen des progrès nationaux accomplis quant à la réalisation des engagements pris dans la résolution 65/277 de l'Assemblée générale sur la Déclaration politique sur le VIH et le sida: Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida, et les résolutions 66/10 et 67/9 de la CESAP

Bilan des progrès accomplis dans la réalisation de l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien en Asie et dans le Pacifique

Note du secrétariat**

Résumé

Le présent rapport a été établi en réponse à la demande de la Commission, qui, par sa résolution 67/9, a prié la Secrétaire exécutive de travailler en coordination avec les autres organismes pertinents des Nations Unies pour établir une présentation générale des progrès accomplis dans la réalisation de l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien en Asie et dans le Pacifique.

Ce rapport dresse le bilan des progrès réalisés, notamment par les membres et membres associés de la CESAP, dans les domaines suivants: pour réduire la transmission du VIH, en particulier dans les groupes à haut risque; pour promouvoir l'accès à des médicaments, diagnostics et vaccins de coût abordable; pour examiner les obstacles juridiques et politiques; pour renforcer la viabilité financière, l'efficacité, et la prise en charge et les capacités nationales; pour assurer l'égalité entre les sexes dans la riposte au sida; et pour prendre en considération les grandes priorités et politiques identifiées par les pays de la région pour l'après-2015.

Les délégations souhaiteront sans doute partager leurs points de vue et leur expérience sur les grands problèmes et priorités associés à une riposte efficace au sida pour l'après 2015.

* E/ESCAP/HIV/IGM.2/L.1.

** La soumission tardive de ce document est due à la nécessité d'y faire figurer les données les plus récentes provenant des réponses de plusieurs États membres à une enquête intergouvernementale, ainsi que d'autres sources.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	2
II. Principales tendances	3
III. Réduire la transmission du VIH, en particulier dans les groupes à haut risque	4
IV. Promouvoir l'accès à des médicaments, diagnostics et vaccins de coût abordable	11
V. Examiner les obstacles juridiques et politiques.....	16
VI. Renforcer la viabilité financière, l'efficacité, et la prise en charge et la capacité nationales.....	19
VII. Veiller à l'égalité entre les sexes dans la riposte au sida.....	21
VIII. La voie à suivre: priorités et politiques pour la région	22
Tableaux	
1. Pourcentage des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et des travailleurs du sexe bénéficiant des programmes de prévention du VIH (personnes sachant où obtenir un test de dépistage du VIH et ayant reçu des préservatifs au cours de l'année écoulée) dans divers pays de la région de la CESAP	6
2. Pourcentage des jeunes femmes et des jeunes hommes de 15 à 24 ans de divers pays de la région Asie-Pacifique qui ont identifié correctement les moyens de prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et qui ont montré qu'ils rejetaient les idées fausses les plus courantes concernant la transmission du VIH.....	10
3. Pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le sida qui reçoivent un traitement antirétroviral.....	14
4. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH dont on sait qu'elles suivent un traitement antirétroviral depuis plus de 12 mois (2013).....	15
Figure	
Asie-Pacifique: répartition des dépenses au titre du sida, par catégorie, selon les dernières données disponibles (en pourcentage).....	20

I. Introduction

1. Dans sa résolution 67/9, la Commission a prié la Secrétaire exécutive de travailler en coordination avec les autres organismes pertinents des Nations Unies pour établir une présentation générale des progrès accomplis en Asie et dans le Pacifique dans la réalisation de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien ayant trait au VIH. En exécution de ce mandat, les objectifs du présent rapport sont les suivants: a) évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des engagements pris dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida: Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida, ainsi que dans les résolutions 66/10 et 67/9 de la Commission; et b) présenter une perspective pour l'action future par l'inclusion de recommandations fondées sur les meilleures pratiques de la région et sur les priorités identifiées par les États membres de la CESAP.

2. Le présent rapport a été établi à partir de l'information obtenue des gouvernements et d'autres sources, y compris les résultats de l'examen à moyen terme de 2013 effectué par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH / sida (ONUSIDA) quant aux progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements contenus dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida et le Rapport annuel d'activité sur la riposte au sida dans le monde; on a également pris en considération une enquête intergouvernementale effectuée au milieu de 2014 dans les pays membres et membres associés de la CESAP sur les progrès réalisés pour parvenir à l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien en Asie et dans le Pacifique.

3. En Asie et dans le Pacifique, 21 pays ont effectué en 2013 des enquêtes à moyen terme sur les progrès réalisés à l'échelon national dans la mise en œuvre des 10 objectifs de la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida. En outre, en 2014, 29 pays ont soumis des rapports dans le cadre du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde; et quelque 23 membres et membres associés ont répondu à l'enquête intergouvernementale sur les progrès de la réalisation de l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien organisée par le secrétariat de la CESAP en 2014. On trouvera ci-après une analyse de l'information présentée par les pays membres et membres associés de la CESAP.

II. Principales tendances

4. La riposte au sida a remporté en Asie et dans le Pacifique certains des plus grands succès mondiaux. Toutefois, l'évolution de l'épidémie dans la région de la CESAP montre que l'action en cours doit être réorientée pour que tous les pays soient à même de satisfaire aux engagements pris aux niveaux régional et mondial.

5. Les grandes tendances sont les suivantes:

a) Il y a eu, depuis 2001, une diminution sensible du nombre des nouvelles infections au VIH (bien que le nombre de nouvelles infections soit resté pratiquement inchangé depuis 2008); un progrès de l'accès au traitement et une diminution du nombre des décès imputables au sida;

b) Le faible niveau de prévalence au niveau national masque souvent des chiffres élevés en termes absolus quant au nombre des nouvelles infections et de l'effectif des personnes vivant avec le VIH. On a constaté des épidémies concentrées dans les grandes villes et dans les groupes à haut risque;

c) Il existe plusieurs pays dans lesquels les nouvelles infections au VIH sont en augmentation, en partie parce que l'épidémie tend à se concentrer dans certaines zones géographiques et dans les groupes à haut risque particulièrement exposés au VIH, notamment les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes (HSH), les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues injectables (CDI). Dans cinq pays d'Asie centrale (Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan), plus de la moitié des infections au VIH diagnostiquées récemment ont été constatées chez des consommateurs de drogues injectables¹;

¹ Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la santé, *HIV/AIDS in Europe and Central Asia: Progress Report 2011* (Genève, ONUSIDA, 2012), p. 25.

d) Les clients des travailleurs du sexe constituent le principal groupe à risque d'infection au VIH en Asie et dans le Pacifique;

e) La couverture de régimes antirétroviraux efficaces pour la prévention des nouvelles infections au VIH chez les enfants reste faible dans la région, notamment en Asie du Sud. Le diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons varie considérablement dans la région.

III. Réduire la transmission du VIH, en particulier dans les groupes à haut risque

6. Si le chiffre global des nouvelles infections au VIH a diminué dans la région Asie-Pacifique depuis 2001, le nombre des infections nouvelles n'a pratiquement pas changé au cours des cinq dernières années, et de nouvelles épidémies font leur apparition dans les groupes à haut risque et dans certaines zones géographiques particulières, telles que les grandes villes.

7. D'après la Commission sur le sida en Asie et dans le Pacifique, la modélisation indique que 60 % environ des groupes à haut risque doivent adopter des modes de comportement plus sûrs pour que l'évolution de l'épidémie puisse être inversée dans ces groupes, et que la couverture de la prévention du VIH doit atteindre environ 80 % des groupes à haut risque pour qu'un tel changement de comportement puisse intervenir². Cette estimation est prise en considération dans l'engagement qu'ont pris les États membres de la CESAP dans la résolution 67/9 de la Commission d'élaborer des plans stratégiques nationaux et d'établir des partenariats stratégiques et opérationnels aux niveaux national et communautaire entre les représentants de la santé publique, de la police et de la justice, de la société civile et des principales populations touchées afin d'intensifier les efforts de prévention, de traitement, de soins et de soutien ayant un impact puissant dans le domaine du VIH pour aboutir à la couverture de 80 % des principales populations touchées et parvenir à l'objectif de l'accès universel.

A. Indicateurs de processus

1. Existence d'un plan stratégique national multisectoriel sur le VIH et le sida (réponses à l'enquête)

8. Sur les 23³ membres et membres associés de la région Asie-Pacifique qui ont répondu à l'enquête intergouvernementale sur les progrès obtenus dans la réalisation de l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien, 19 ont dit avoir institué un plan stratégique national multisectoriel sur le VIH et le sida, comme le demandait la résolution 67/9 de la Commission.

2. Ciblage des groupes à haut risque dans les stratégies nationales (réponses à l'enquête)

9. L'enquête a montré que 18 des 19 plans stratégiques nationaux sur le VIH comportaient des stratégies visant à réduire les obstacles juridiques et politiques à l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux

² Commission sur le sida en Asie et dans le Pacifique: *Redéfinir le sida en Asie: élaborer une riposte efficace*. (New Delhi, Oxford University Press, 2008).

³ Au 24 octobre 2014, des réponses avaient été reçues des membres et membres associés ci-après de la CESAP: Afghanistan; Arménie; Australie; Azerbaïdjan; Bangladesh; Bhoutan; Brunéi Darussalam; Cambodge; Fédération de Russie; Fidji; France; Géorgie; Iran (République islamique d'); Japon; Malaisie; Maldives; Mongolie; Nouvelle-Zélande; Pakistan; Tadjikistan; Thaïlande; Timor-Leste; et Hong Kong (Chine).

soins et au soutien, en particulier pour les personnes vivant avec le sida et les groupes à haut risque particulièrement exposés. Sur ces 18 stratégies, 15 ont fait l'objet d'une évaluation des coûts et d'une ouverture de crédits afin de favoriser la viabilité financière et la prise en charge nationale et d'améliorer l'efficacité programmatique de la riposte au sida, conformément à la résolution 67/9 de la Commission. Outre qu'ils ont fixé les grandes lignes de stratégies expressément conçues pour surmonter les obstacles juridiques et politiques dont souffrent les groupes à haut risque, 17 États membres ont signalé qu'ils avaient institué une stratégie nationale contre toutes les formes de violence sexiste.

B. Indicateurs de résultats

1. Pourcentage des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et des travailleurs du sexe bénéficiant des programmes de prévention du VIH (personnes sachant où obtenir un test de dépistage du VIH et ayant reçu des préservatifs au cours de l'année écoulée)

10. Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes et les travailleurs du sexe sont les principales victimes de l'épidémie dans la région d'après le nombre et le rythme des nouvelles infections au VIH. En 2008, la Commission sur le sida en Asie et dans le Pacifique a prédit que si les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes n'étaient pas davantage pris en compte dans l'action de prévention du VIH, ce groupe serait à l'origine de près de la moitié des nouvelles infections dans les groupes à haut risque. En 2013, ONUSIDA a indiqué que, d'après les tendances générales, la prédiction de la Commission devenait une réalité. En dépit d'un taux de prévalence alarmant dans ce groupe à haut risque, les mesures essentielles de prévention demeurent insuffisantes et restent très éloignées de l'objectif de 80 % dans presque tous les États membres de la CESAP.

Tableau 1
Pourcentage des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et des travailleurs du sexe bénéficiant des programmes de prévention du VIH (personnes sachant où obtenir un test de dépistage du VIH et ayant reçu des préservatifs au cours de l'année écoulée) dans divers pays de la région de la CESAP

Pays	Groupe cible	Année	Total	Âge		Sexe		
				25+	<25	Femmes	Hommes	Transgenres
Asie de l'Est et du Nord-Est								
Chine	HSH	2012	76,9	77,6	75,7	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2012	82,7	84,8	79,6	82,7	-	-
Mongolie	HSH	2012	63,5	63,6	63,4	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2012	63,8	65,4	59,4	63,8	-	-
République de Corée	HSH	2011	44,2	48,15	34,06	-	-	-
Asie du Sud-Est								
Indonésie	HSH	2011	23,4	25,2	20,5	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2011	18,5	78,7	14,2	19,9	11,85	-
Malaisie	HSH	2012	45,7	47,4	42,5	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2012	45,7	49,0	33,3	45,7	-	-
Philippines	HSH	2013	22,6	30,1	18,2	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2013	48,0	56,0	41,8	-	53,8	32,3
Singapour	Travailleurs du sexe	2007	100,0	..	..	100,0	-	-
Thaïlande	HSH	2012	52,6	61,1	48,7	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2012	73,8	..	..	53,9	73,8	..
Asie du Sud et du Sud-Ouest								
Afghanistan	Travailleurs du sexe	2011	6,3	31,0	5,2	6,3	-	-
Bangladesh	HSH	2013	24,4	21,2	28,7	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2013	25,5	33,8	18,8	7,5	62,2	70,7
Inde	HSH	2013	68,1	..	..	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2013	84,6	..	..	84,6	-	-
Népal	HSH	2013	64,0	73,3	54,5	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2011	..	..	..	60,0	-	-
Pakistan	Travailleurs du sexe	2013	..	..	..	-	79,3	-
	Travailleurs du sexe	2013	13,8	14,7	12,5	10,8	9,7	19,8
Asie du Nord et Asie centrale								
Arménie	HSH	2012	52,0	57,9	49,0	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2012	49,2	49,0	48,9	49,2	-	-
Fédération de Russie	HSH	2007	17,0	16,0	19,0	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2009	22,0	28,0	21,0	22,0	-	-
Géorgie	HSH	2012	48,6	57,8	33,7	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2012	65,0	68,2	32,0	65,0	-	-
Kirghizistan	HSH	2013	78,9	77,6	82,1	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2013	64,9	65,7	63,4	64,9	-	-
Pacifique								
Fidji	Travailleurs du sexe	2012	68,0	70,1	39,8	62,2	77,7	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	HSH	2011	66,6	79,6	80,3	-	-	-
	Travailleurs du sexe	2011	36,4	84,8	38,8	37,2	34,2	-

Sources: Base de données établie pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde par le Centre de données sur le VIH et le sida pour l'Asie et le Pacifique (www.aidsdatahub.org) et ONUSIDA, Base de données en ligne sur le sida (www.aidsinfoonline.org).

Note: Le tiret (-) correspond à la notion « non applicable » et les deux points (..) indiquent que les données ne sont pas disponibles.

11. Les données du Rapport mondial d'activité sur la riposte au sida pour 2014 (voir tableau 1 ci-dessus) montrent d'importantes disparités dans la couverture de la prévention des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes et des travailleurs du sexe dans la région – la prévention chez les travailleurs du sexe variant de 6,3 % en Afghanistan à 84,6 % en Inde et atteignant la totalité des travailleurs du sexe (100 %) à Singapour. D'une manière générale, l'action de prévention du VIH atteint un pourcentage de couverture plus élevé chez les travailleurs du sexe que chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes,

12. On a très peu de données désagrégées par sexe sur la prévention du VIH, les enquêtes ne couvrant le plus souvent que les hommes ou que les femmes, à de rares exceptions. Une enquête sur les travailleurs du sexe en Indonésie et en Papouasie-Nouvelle-Guinée indique que l'action de prévention a touché surtout les femmes. Au Bangladesh et à Fidji en revanche, les travailleurs du sexe masculins ont été les plus nombreux à savoir où obtenir un test de dépistage du VIH et où recevoir des préservatifs,

13. On n'a pratiquement pas de données sur les groupes transgenres que les programmes de prévention ont permis d'atteindre dans la région; font exception toutefois les Philippines, où ces programmes ont permis d'atteindre 32,3 % des travailleurs du sexe transgenres, et le Bangladesh, où ils ont atteint 70,7 % des personnes de ce groupe,

2. Pourcentage des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, des consommateurs de drogues injectables (CDI) et des travailleurs du sexe qui ont reçu un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois écoulés et en connaissent les résultats

14. L'accès au dépistage et aux conseils, joint à la connaissance de son statut concernant le VIH, sont des éléments essentiels de la prévention du VIH. Le niveau de couverture nécessaire pour agir sur la transmission du VIH et sur l'accès aux services est affecté par la stigmatisation et la discrimination, par des obstacles juridiques et politiques et par certaines pratiques en matière d'application des lois.

15. Il existe d'importantes disparités dans l'accès des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, des consommateurs de drogues injectables et des travailleurs du sexe aux services pour le VIH, y compris le dépistage et les conseils. Ainsi, en Asie du Sud-Est, le pourcentage des HSH qui ont reçu un test de dépistage au cours des 12 mois précédents varie entre 9,3 % aux Philippines et 79 % en Malaisie; pour les consommateurs de drogues injectables, le pourcentage varie entre 6,3 % aux Philippines et 78 % en Malaisie. Dans l'ensemble, les sous-régions de l'Asie du Sud et du Sud-Ouest et de l'Asie du Nord et Asie centrale ont une moindre couverture des consommateurs de drogue injectable, avec deux exceptions notables: l'Inde et le Kazakhstan. Dans certains pays, seuls 3 ou 4 % des CDI ont reçu un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois écoulés et connaissent leur statut sérologique,

3. Pourcentage des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, des consommateurs de drogue injectable et des travailleurs du sexe qui indiquent qu'ils utilisent le préservatif

16. L'accès aux préservatifs et à leur utilisation est l'une des composantes des stratégies de réduction des effets néfastes du sida. Les données disponibles les plus récentes sur les groupes à haut risque de la région – HSH, CDI et travailleurs du sexe – montrent des disparités importantes dans

l'utilisation du préservatif. Les informations reçues indiquent que l'utilisation du préservatif chez les HSH varie de 1,3 à plus de 90 %, bien que la majorité des pays aient atteint des taux d'utilisation supérieurs à 50 %. Chez les CDI, l'utilisation du préservatif varie de 7,7 % à 77,6 % alors que chez les travailleurs du sexe l'écart correspondant est de 7,6 à 95,8 %.

17. Les données disponibles sont rarement désagrégées par sexe et on n'a pratiquement pas d'informations sur les populations transgenres de la région. Là où il existe des données désagrégées par sexe, il apparaît que, chez les consommateurs de drogue injectable, l'utilisation du préservatif est plus répandue chez les femmes que chez les hommes, sauf en Fédération de Russie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, aux Philippines et en Thaïlande.

4. Nombre d'aiguilles distribuées par personne

18. Le nombre d'aiguilles distribuées par personne est un indicateur de l'accès aux services de prévention chez les CDI. Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues font partie du programme global de prévention à l'intention des CDI. L'absence d'accès à des aiguilles et seringues propres conduit à des partages de matériel. En Asie du Nord et Asie centrale en particulier, région dans laquelle le nombre des nouvelles infections est en hausse, les épidémies nationales de VIH proviennent généralement de l'utilisation de matériel d'injection contaminé, suivie de la transmission de l'infection aux partenaires sexuels des utilisateurs de drogue injectable. Pour prévenir la transmission du VIH par les échanges d'aiguilles et obtenir un résultat sur l'épidémie de VIH, il est nécessaire de procéder chaque année à la distribution de 200 aiguilles/seringues à chaque consommateur de drogue injectable.

19. En Asie et dans le Pacifique, le nombre d'aiguilles distribuées à chaque CDI varie de 9 à 326. Plusieurs pays de la région, dont l'Australie, le Cambodge, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Nouvelle-Zélande et la République démocratique populaire lao ont distribué plus de 200 aiguilles par consommateur. Toutefois, en moyenne, le taux de couverture indique un accès insuffisant aux services de prévention dans la région.

5. Pourcentage des consommateurs de drogue injectable qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils ont consommé de la drogue par voie intraveineuse

20. Il existe une corrélation évidente entre l'accès à du matériel d'injection stérile et les taux de prévalence du VIH chez les CDI en Asie et dans le Pacifique. Là où existent des données, les plus récentes indiquent que dans la plupart des pays de la région, 30 % environ des CDI ont utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés. Plus de 90 % des CDI ont dit utiliser du matériel d'injection stérile en République islamique d'Iran, au Kirghizistan, en Malaisie, au Népal, au Tadjikistan et au Viet Nam.

6. Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans qui ont indiqué correctement les moyens de prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et qui ont montré qu'ils rejetaient les idées fausses les plus courantes concernant la transmission du VIH

21. La connaissance des moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans est essentielle tant pour l'action de prévention que pour permettre aux jeunes, hommes et femmes, de se protéger contre le VIH.

22. D'après les dernières données disponibles (voir tableau 2), il existe d'importantes disparités en ce qui concerne la sensibilisation au VIH des jeunes gens et des jeunes femmes aux niveaux national, infrarégional et régional. D'une manière générale, les jeunes hommes de la région Asie-Pacifique semblent présenter un degré de sensibilisation plus élevé que les jeunes femmes, bien que ces dernières soient plus nombreuses à désigner les méthodes correctes pour prévenir la transmission par voie sexuelle en Arménie, au Cambodge, en Fédération de Russie, en Indonésie, au Kirghizistan, en Mongolie, au Myanmar, à Singapour et en Turquie. Dans huit Etats membres, moins de 10 % des femmes étaient en mesure de désigner correctement les moyens de prévenir la transmission par voie sexuelle alors qu'elles rejetaient les principales idées fausses concernant le VIH.

23. Dans l'ensemble de la région, là où les données sont disponibles, le niveau de sensibilisation est, pour les deux sexes, inférieur à 55 %.

Tableau 2
Pourcentage des jeunes femmes et des jeunes hommes de 15 à 24 ans de divers pays de la région Asie-Pacifique qui ont identifié correctement les moyens de prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et qui ont montré qu'ils rejetaient les idées fausses les plus courantes concernant la transmission du VIH

Pays	Année	Hommes et femmes	Femmes	Hommes
Asie de l'Est et du Nord-Est				
Chine	2013	54,9	52,9	57,2
Mongolie	2011	30,85	31,62	29,29
République de Corée	2011	14,71	6,67	21,05
République populaire de Corée	2011		7,9	
Asie du Sud-Est				
Cambodge	2013		44,4	43,7
Indonésie	2011	14,3	15,12	13,66
Malaisie	2012	27	26,5	27,5
Myanmar	2011	47,51	47,56	47,47
Philippines	2013		11,8	17,6
République démocratique populaire lao	2012	25,1	24	27,6
Singapour	2007	17	20	15
Thaïlande	2009	37	30	44
Timor-Leste	2013		12,2	19,7
Viet Nam	2013		42,3	50,3
Asie du Sud et du Sud-Ouest				
Bangladesh	2011	17,7	13,4	22,5
Bhoutan	2012		21	
Inde	2013		19,9	36,1
Iran (République islamique d')	2011	18,27	16,21	20,63
Maldives	2009		35	
Népal	2013		25,8	33,9
Sri Lanka	2011		17,3	
Turquie	2007	37	39	35
Asie du Nord et Asie centrale				
Arménie	2013		22,6	15,1
Azerbaïdjan	2013		4,8	5,3
Fédération de Russie	2009	37	39	35
Georgie	2011	10,22	9,25	11,23
Kazakhstan	2011	31,91	30,16	34,34
Kirghizistan	2011	2,98	3,37	2,48
Ouzbékistan	2009	13	11	14
Tadjikistan	2012	17,1	10,8	22,9
Turkménistan	2000		3	
Pacifique				
Îles Marshall	2011	6,09	3,76	8,42
Îles Salomon	2011	32,12	26,85	37,86
Kiribati	2011		44	48,6
Micronésie (États fédérés de)	2011	26,2	20	32,6
Palaos	2011	26,8	26,8	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2011	22,6	20,51	23,79
Samoa	2011	8,8	3	5,8
Tuvalu	2009	48	39	61
Vanuatu	2011	24	20	29

Source: Base de données établie pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde par le Centre de données sur le VIH et le sida pour l'Asie et le Pacifique (www.aidsdatahub.org).

7. Couverture des régimes antirétroviraux efficaces pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

24. La couverture des femmes enceintes qui reçoivent un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant tend à être plus élevée que le pourcentage des enfants nés de mères séropositives qui font l'objet d'un test dans les deux mois suivant la naissance. Dans le premier cas, le pourcentage varie de 2 % en Afghanistan à plus de 95 % en Thaïlande et au Kirghizistan. D'après les données disponibles, dans sept pays, la couverture des femmes enceintes qui reçoivent le traitement antirétroviral atteint plus de 70 %.

25. Les nouvelles infections sont en baisse chez les enfants de l'Asie et du Pacifique. La faible couverture régionale des femmes enceintes par des médicaments antirétroviraux efficaces limite la prévention des nouvelles infections au VIH parmi les enfants.

26. Certains pays de la région ont atteint des taux de couverture relativement élevés quant au pourcentage des enfants nés de femmes séropositives qui reçoivent un test virologique de dépistage du HIV dans les deux mois qui suivent la naissance. En 2013, plus de 95 % des nouveaux nés au Viet Nam et 79 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée faisaient l'objet de tests de dépistage dans les deux mois suivant la naissance. Cependant, dans la plus grande partie de la région, le taux de couverture reste extrêmement faible: sur les 19 pays qui ont présenté des données sur cet indicateur, 9 ont signalé que moins de 10 % des enfants nés de mères séropositives avaient fait l'objet d'un test dans les deux mois suivant la naissance.

IV. Promouvoir l'accès à des médicaments, diagnostics et vaccins de coût abordable

27. L'accès au traitement constitue une composante essentielle du droit de chaque personne de jouir du meilleur niveau de santé qu'elle soit capable d'atteindre⁴, comme le reconnaissent un grand nombre de constitutions nationales et de traités internationaux sur les droits de l'homme. La Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida invite les États membres à éliminer les obstacles qui empêchent les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de disposer des produits, des moyens diagnostiques, des médicaments et d'autres produits pharmaceutiques nécessaires à la prévention et au traitement efficaces et bon marché du VIH, et à réduire les coûts associés à la prise en charge de soins continus, notamment en modifiant les lois et règlements nationaux. Dans le contexte régional, la résolution 67/9 de la Commission mentionne en particulier « des processus qui favorisent la consultation des parties prenantes concernant la promotion de l'accès aux médicaments, diagnostics et vaccins d'un prix abordable, compte tenu des dispositions pertinentes figurant dans la résolution 60/262 de l'Assemblée générale », en particulier une souplesse accrue de la législation nationale sur la propriété intellectuelle qui corresponde plus étroitement aux dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) et qui permette une distribution plus large et plus économique des médicaments génériques.

28. En Asie et dans le Pacifique, le nombre de personnes ayant accès à des médicaments vitaux contre le VIH a plus que triplé depuis 2007, en

⁴ Voir l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (résolution 2200 A (XXI) de l'Assemblée générale, annexe).

raison principalement des réductions de prix considérables qui ont résulté de la concurrence des fabricants de médicaments génériques⁵. Entre 2009 et 2012, le nombre de personnes ayant accès aux traitements antirétroviraux en Chine, en Inde, au Myanmar et au Viet Nam a plus que doublé dans chaque pays. Cependant, selon les directives de 2013 de l'Organisation mondiale de la santé sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection au VIH, le taux de couverture des personnes éligibles de la région demeure éloigné du taux de couverture mondial. Les décès imputables au VIH n'ont pas diminué au même rythme que dans d'autres régions et les avantages de la prévention assurés par les médicaments antirétroviraux ne sont pas pleinement exploités. Une riposte nationale efficace au VIH requiert une expansion considérable des tests de dépistage et des services de conseil pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins.

29. Les services de dépistage et de conseil dispensés en établissement sont essentiels mais ont peu de chance d'atteindre les groupes à haut risque en raison de l'insuffisance des connaissances en matière de sexualité et de santé sexuelle et de niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination de la part des institutions et du personnel de soin⁶. Les services de test et de conseil fournis en milieu communautaire obtiennent toutefois des taux d'utilisation élevés, atteignent des personnes présentant un fort niveau de cellules CD4 et créent une incitation à suivre des soins⁷. D'après les Directives de l'OMS de 2013, la fourniture de services de dépistage et de conseil en milieu communautaire pour les groupes à haut risque est recommandée dans toutes les situations d'épidémie de VIH, en plus des services de dépistage et de conseil organisés par les professionnels de la santé. Dans sa résolution 67/9, la Commission a invité les membres et membres associés à envisager des processus qui favorisent la consultation des parties prenantes concernant la promotion de l'accès aux médicaments, diagnostics et aux vaccins d'un prix abordable⁸.

30. Les progrès récents de la protection de la propriété intellectuelle et les mesures d'application qui figurent dans les accords de libre échange et d'investissement dépassent fréquemment les exigences de l'Accord sur les ADPIC, qui est administré par l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Cette évolution risque de constituer un obstacle sérieux aux efforts faits par les pays de la région pour instituer une couverture sanitaire universelle efficace, durable et de coût abordable.

31. L'Accord sur les ADPIC prévoit toutefois certaines flexibilités qui permettent de prendre des mesures en faveur d'un meilleur accès aux médicaments essentiels, et contient en particulier des dispositions spécifiques pour les pays les moins avancés. Il faut ajouter à cela que ces flexibilités n'ont pas encore été pleinement exploitées par la plupart des pays de la région pour s'assurer des médicaments de prix abordable. D'après un rapport commun publié en 2012 par ONUSIDA et le Programme des Nations Unies

⁵ Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA), *HIV in Asia and the Pacific, UNAIDS Report 2013* (Bangkok, 2013).

⁶ Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et Organisation mondiale de la santé, *The Time Has Come: Enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific* (Bangkok, PNUD, 2013).

⁷ Amithab B. Suthar and others, "Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches", *PLOS Medicine*, vol. 10, No. 8 (août 2013).

⁸ Voir para. 1 c).

pour le développement (PNUD)⁹, pour bénéficier des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC, les pays devraient pour le moins éviter de conclure des accords de libre échange qui contiennent des obligations pouvant affecter le prix ou la disponibilité de médicaments essentiels.

A. Indicateurs de processus

Nombre de pays qui ont procédé à des examens et ont organisé des consultations multipartites sur le droit de propriété intellectuelle

32. Les pays de l'Asie et du Pacifique sont parvenus dans une certaine mesure à faire en sorte que les cadres juridiques permettent la pleine utilisation des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC de manière à faciliter l'accès à des traitements de coût abordable, et à se prévaloir de ces flexibilités. Le Cambodge, la Chine, l'Indonésie, le Myanmar et la Papouasie-Nouvelle-Guinée ont procédé à des enquêtes nationales sur les droits de propriété intellectuelle, l'Accord sur les ADPIC et l'accès aux médicaments. Les indications que l'on possède concernant l'Inde, l'Indonésie, la Malaisie et la Thaïlande donnent à penser que l'utilisation des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC a contribué à abaisser sensiblement le coût des médicaments, y compris celui du traitement antirétroviral. Les États membres qui sont parvenus à utiliser avec succès les flexibilités de l'Accord sur les ADPIC pourraient apporter une aide et des conseils aux autres pays¹⁰.

⁹ Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida: *The Potential Impact of Free Trade Agreements on Public Health* (Genève, ONUSIDA, 2012).

¹⁰ Mohammed El Said and Amy Kapczynski, "Access to medicines: The role of intellectual property law and policy", document de travail établi pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7-9 juillet 2011. Disponible à l'adresse: <http://hivlawcommission.org/index.php/report-working-papers?task=document.viewdoc&id=86>.

B. Indicateurs de résultats

1. Pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le sida qui reçoivent un traitement antirétroviral

Tableau 3

Pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le sida qui reçoivent un traitement antirétroviral

Pays	Total	Personnes âgées de 15 ou plus	Moins de 15 ans
	estimation	estimation	estimation
Asie de l'Est et du Nord-Est			
Mongolie	14	15	
Asie du Sud-Est			
Cambodge	67	67	78
Malaisie	20	20	68
Myanmar	35	35	43
République démocratique populaire lao	45	46	35
Thaïlande	57	56	62
Viet Nam	33	32	85
Asie du Sud et du Sud-Ouest			
Afghanistan	5	5	7
Bangladesh	11	11	21
Bhoutan	20	21	
Inde	36	36	30
Iran (République islamique d')	6	6	8
Maldives	19	19	
Népal	23	22	34
Pakistan	6	7	4
Sri Lanka	18	18	
Asie du Nord et Asie centrale			
Arménie	16	15	
Azerbaïdjan	14	13	21
Géorgie	33	33	74
Kirghizistan	13	10	95
Ouzbékistan	24	16	95
Tadjikistan	10	9	26
Pacifique			
Fidji	32	31	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	46	50	20

Source: Base de données établie pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde par le Centre de données sur le VIH et le sida pour l'Asie et le Pacifique (www.aidsdatahub.org),

33. D'après les estimations de 2013 (voir tableau 3 ci-dessus), le pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral varie sensiblement dans la région et à l'intérieur des sous-régions. Le pourcentage global, tous âges confondus, varie de 5 % en Afghanistan et 6 % en Iran et au Pakistan à 67 % au Cambodge. L'écart varie entre 5 et 67 % pour les personnes âgées de 15 ans ou plus et entre 4 et 95 % pour les enfants de moins de 15 ans.

34. On a peu de données sur la couverture du traitement en Asie de l'Est et du Nord-Est et dans le Pacifique. Cinq pays d'Asie du Sud-Est ont une couverture de plus de 30 % des personnes âgées de 15 ans ou plus, alors qu'en Asie du Nord et Asie-centrale, de même qu'en Asie du Sud et du Sud-Ouest, seul un pays de chaque sous-région présente une couverture supérieure à 30 %. En général, le pourcentage des enfants de moins de 15 ans recevant un traitement antirétroviral est supérieur à celui des personnes de 15 ans et plus; toutefois on ne possède pas de données sur la première catégorie dans plusieurs États membres.

2. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH dont on sait qu'elles suivent un traitement antirétroviral depuis plus de 12 mois

Tableau 4

Pourcentage des personnes vivant avec le VIH dont on sait qu'elles suivent un traitement antirétroviral depuis plus de 12 mois (2013)

Pays	Pourcentage
Cambodge	85
Malaisie	95
Myanmar	84
Ouzbékistan	92
Thaïlande	83
Viet Nam	85

Source: Base de données établie pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde par le Centre de données sur le VIH et le sida pour l'Asie et le Pacifique (www.aidsdatahub.org).

35. Les données relatives à l'indicateur précité sont surtout disponibles pour l'Asie du Sud-Est; les chiffres varient de 95 % en Malaisie à 83 % en Thaïlande, la plupart des États membres de la sous-région ayant une couverture supérieure à 80% des personnes vivant avec le VIH. En Ouzbékistan, 92 % des personnes vivant avec le VIH poursuivaient leur traitement à l'issue d'une période de 12 mois.

C. Principaux problèmes

36. Le coût des médicaments antirétroviraux est, dans la région, un problème permanent, qui requiert l'inclusion systématique des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC dans les lois nationales sur la propriété intellectuelle, ainsi que leur plus large utilisation.

37. Un autre problème majeur pour assurer l'accès à des médicaments, diagnostics et vaccins de coût abordable dans la région concerne les moyens d'atteindre les personnes les plus exposées. Les groupes à haut risque continuent à se heurter à des obstacles pour accéder au dépistage et au traitement, souvent par crainte de discrimination de la part des principaux prestataires de soins. Pour développer la couverture du traitement, il est essentiel de redoubler d'efforts en vue de surmonter les obstacles sociaux et structurels à l'obtention de services, en particulier la stigmatisation, la discrimination, l'inégalité de traitement entre les sexes et un environnement juridique punitif. Il est également nécessaire de mettre davantage l'accent sur le dépistage du VIH et les conseils en milieu communautaire, d'assurer la

liaison avec les services de traitement et d'ouvrir davantage l'accès au traitement.

V. Examiner les obstacles juridiques et politiques

38. L'élimination de la stigmatisation, de la discrimination et de l'injustice à l'égard des personnes atteintes par le VIH demeure l'une des principales et des plus difficiles étapes de la voie à suivre pour mettre fin au sida dans la région. Tous les pays de l'Asie et du Pacifique ont des lois, politiques et pratiques qui encouragent la stigmatisation et la discrimination. Il est essentiel de créer un contexte juridique facilitateur pour éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence qui font obstacle à l'accès aux services de riposte au VIH.

39. Par sa résolution 66/10, la Commission a prié les États membres de fonder l'accès universel sur les droits de l'homme et de prendre des mesures pour lutter contre les obstacles juridiques qui freinent la riposte au sida. Par sa résolution 67/9, elle a recommandé un examen des lois, des politiques et des pratiques nationales pour favoriser la pleine réalisation des objectifs de l'accès universel en vue d'éliminer toutes les formes de discrimination contre les personnes menacées par l'infection ou vivant avec le VIH, en particulier les principales populations touchées; un engagement dans le même sens figure dans la Déclaration politique sur le VIH/sida¹¹. De plus, la feuille de route de la CESAP à l'horizon 2015 a recommandé que les pays envisagent de passer en revue les conclusions et recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, s'associent aux principales parties prenantes, y compris la société civile et les groupes à haut risque et prennent en considération les problèmes en rapport avec la parité des sexes lorsqu'ils effectuent ces examens.

A. Indicateurs de processus

1. Changements notables intervenus dans le cadre juridique depuis 2012

40. D'importants progrès ont été réalisés dans la région de l'Asie et du Pacifique pour éliminer les obstacles juridiques et politiques à l'accès aux services pour le VIH depuis que la feuille de route de la CESAP a été approuvée.

41. L'Inde est en voie de promulguer sa première loi nationale d'ensemble sur le VIH. Le projet de loi de 2014 sur le VIH/sida (prévention et contrôle) a été présenté en février 2014 à la Chambre haute du Parlement indien. Aux termes du texte envisagé, les personnes vivant avec le sida seront protégées contre la discrimination dans l'emploi, les services de santé, l'éducation, les voyages et l'assurance, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Elles auront également droit à des thérapies antirétrovirales et à une protection juridique contre les violations de la confidentialité concernant le statut sérologique au VIH.

42. En 2013, l'Indonésie a pris des mesures pour protéger les personnes vivant avec les VIH de la discrimination en matière de soins de santé. Le Règlement ministériel n° 21/2013 sur la riposte au VIH et au sida interdit la discrimination dans la fourniture de soins de santé et requiert de la part des programmes de santé un engagement actif auprès des groupes à haut risque et leur adhésion aux principes du respect de la dignité humaine, de la justice et

¹¹ Para. 78.

de l'égalité entre les sexes. Ce règlement prévoit que le coût des soins et du traitement des personnes pauvres vivant avec le VIH est supporté par l'État et il interdit aux services de santé de refuser le traitement ou les soins à ces personnes¹².

43. La Mongolie a mis à jour sa loi sur la prévention du VIH et du sida en décembre 2012. La première loi nationale sur le sida a été introduite en Mongolie en 1994, et une loi révisée sur la prévention du VIH et du sida est entrée en vigueur en janvier 2013, cette dernière comportant pour la première fois des dispositions sur l'application de la tolérance zéro à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH. Cette loi a supprimé toutes restrictions liées au VIH dans les dispositions relatives à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH. Les étrangers demandant des visas pour la Mongolie n'ont plus à faire état de leur statut sérologique à l'égard du VIH ou à fournir une documentation à cet égard. La loi élimine également les restrictions à l'emploi qui empêchaient les personnes vivant avec le VIH d'occuper certains emplois, notamment dans l'industrie alimentaire.

44. Au Pakistan, des progrès ont été réalisés en 2013 avec l'introduction de dispositions juridiques au niveau provincial, ainsi qu'avec la promulgation de la loi sur le VIH/sida dans la province de Sind. Le processus par lequel ce texte a été introduit a pris en compte les consultations organisées dans le cadre d'un processus national d'examen juridique réalisé en 2013,

45. Les Philippines travaillent également à la mise à jour de leur loi nationale sur le VIH, dont l'introduction remonte à 1998. Le projet de loi révisé de 2013 sur la politique et le programme concernant le VIH et le sida (Projet de loi 1593) a été présenté au Congrès en 2013 et approuvé par la Chambre des représentants en 2014. Il est actuellement soumis à l'examen du Sénat. Une fois promulgué, ce texte renforcera la protection contre la discrimination et les tests de détection non consensuels, assurera une protection accrue en matière de confidentialité et favorisera les interventions visant à réduire les risques de santé en vue de renforcer la prévention chez les consommateurs de drogue injectable. Des consultations approfondies ont eu lieu avec la société civile et les organismes officiels dans le cadre de l'élaboration du projet de loi en 2011 et 2012.

46. Le Timor-Leste a adopté en 2012 une nouvelle loi du travail, qui protège tous les citoyens y compris les personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'une interdiction générale de la discrimination pour raisons de santé ou d'invalidité, dans l'emploi ou lors d'une demande d'emploi¹³. Cette loi interdit également la pratique de tests de détection obligatoires sur le lieu de travail¹⁴.

47. Le Gouvernement fidjien a joué le rôle de chef de file à l'échelon régional en introduisant l'une des rares constitutions nationales au monde reconnaissant expressément l'orientation sexuelle et l'identité de genre. La nouvelle constitution nationale de Fidji, introduite en 2013, stipule qu'une personne ne doit pas faire l'objet d'une discrimination inéquitable en raison de son état de santé, de son orientation sexuelle, de son identité de genre ou de son expression sexuelle¹⁵,

¹² Indonésie, Règlement ministériel n° 21/2013 sur le VIH et la riposte au sida, art. 46 (2013).

¹³ Timor-Leste, Lois sur le travail, art. 6(2) (2012).

¹⁴ Ibid., art. 72.

¹⁵ Fidji, Constitution de la République de Fidji, art. 26 (2013).

48. L'Assemblée nationale vietnamienne a adopté en 2012 la loi sur l'exécution des sanctions administratives qui exigeait des autorités qu'elles relâchent les travailleurs du sexe détenus dans des centres de réhabilitation pour juillet 2013. Les travailleurs du sexe peuvent encore être mis à l'amende pour infractions administratives mais ne peuvent plus se voir imposer la détention ou une réhabilitation obligatoire.

49. Depuis 2012, les lois ont été introduites au Cambodge et dans la province du Sind au Pakistan, qui créent un cadre juridique pour les programmes de réduction des risques de santé en faveur des consommateurs de drogues injectables. Les cadres politiques de la Malaisie et du Viet Nam appuient maintenant davantage que par le passé les programmes visant à réduire les risques de santé.

50. Le Comité des droits de l'enfant a publié en 2013¹⁶ une observation générale recommandant que les gouvernements envisagent la possibilité d'autoriser les enfants de moins de 18 ans à consentir à certains traitements ou interventions médicales comme le test de dépistage du VIH ou des services de santé sexuelle ou procréative sans l'autorisation d'un parent, d'un prestataire de soins ou d'un tuteur. Les Philippines ont joué le rôle de chef de file sur ce point en élaborant des dispositions juridiques relatives aux droits des enfants et des jeunes à prendre des décisions en matière médicale, lesquelles figurent dans le Projet de programme susmentionné de 2013.

2. Nombre de pays et territoires ayant organisé au moins un examen national et/ou des consultations multisectorielles sur les obstacles juridiques et politiques

51. L'analyse des informations présentées par les États membres et membres associés de la CESAP, en même temps que d'autres données des Nations Unies, indique qu'au moins 27 États ont effectué des examens et/ou consultations sur les obstacles juridiques et politiques à l'accès aux services VIH depuis que le CESAP a approuvé sa feuille de route en 2012. Au niveau national, les pays ci-après ont effectué au moins un examen et/ou organisé une consultation multisectorielle: Afghanistan, Azerbaïdjan, Bangladesh, Bhoutan, Cambodge, Chine, Fédération de Russie, Indonésie, République islamique d'Iran, Japon, Malaisie, Mongolie, Myanmar, Pakistan, Philippines, Sri Lanka, Tadjikistan, Thaïlande, Viet Nam et Hong Kong (Chine). En outre, à l'échelon sous-régional un examen et consultation a été réalisé en 2013 pour sept pays insulaires du Pacifique (Fidji, Îles Salomon, Kiribati, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Tuvalu et Vanuatu).

52. Avant la Réunion intergouvernementale de 2012, une consultation multisectorielle régionale a été organisée en novembre 2011 à l'intention des pays d'Asie du Sud et du Sud-Ouest, à savoir le Bangladesh, le Bhoutan, l'Inde, les Maldives, le Pakistan et Sri Lanka¹⁷. De la même manière, l'Arménie a procédé à plusieurs examens documentaires et organisé des réunions avec les principales parties prenantes sur les questions de restrictions aux voyages (2007-2008), les recommandations de l'Examen périodique universel du Conseil des droits de l'homme (2011) et l'élaboration du Programme national 2013-2016 pour la lutte contre l'épidémie de VIH (en 2012).

¹⁶ Voir: Observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (art. 24) (CRC/C/GC/15).

¹⁷ Organisation internationale de droit du développement, *South Asia Roundtable Dialogue: « Legal and Policy Barriers to the HIV Response », Katmandou, 8-10 novembre 2011* (Rome, 2011).

VI. Renforcer la viabilité financière, l'efficacité, et la prise en charge et la capacité nationales

53. Au cours de la décennie écoulée, le financement de la riposte au sida s'est sensiblement accru dans la région, les dépenses estimatives régionales au titre du VIH étant passées de 700 millions de dollars en 2005 à 2,2 milliards de dollars en 2012, soit un triplement¹⁸. Les gouvernements de la région ont pris des mesures décisives pour appliquer le concept de la responsabilité partagée en augmentant le financement national en proportion des dépenses totales au titre du VIH: celui-ci est passé de 400 millions de dollars en 2005 à 1,3 milliard de dollars en 2012, soit 59 % du total des dépenses au titre du VIH contre une moyenne mondiale de 53 %¹⁹. Malgré cela, la demande de ressources l'emporte toujours dans la région sur les moyens disponibles. ONUSIDA estime que pour atteindre d'ici à 2015 les 10 objectifs de la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida en Asie et dans le Pacifique, la région devra mobiliser 5,4 milliards de dollars. Compte tenu du niveau actuel de financement (2,2 milliards de dollars), le solde à financer est estimé à 3,2 milliards de dollars.

A. Indicateurs de processus

Établissement des coûts des plans stratégiques nationaux

54. Sur les 23 pays qui ont répondu à l'enquête intergouvernementale, 19 ont indiqué qu'il existait chez eux un plan stratégique national sur le VIH et le sida. Sur ces 19 pays, 15 ont déclaré que leurs stratégies pour l'élimination des obstacles juridiques et politiques à l'accès aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien pour les personnes vivant avec le VIH et les groupes à haut risque avaient été intégralement chiffrées et budgétisées.

55. En outre, un certain nombre de pays mettent en œuvre des cadres d'investissement et plans de viabilité pour l'action contre le VIH. Ces cadres et plans constituent pour eux des outils leur permettant de concevoir leur riposte au sida de manière stratégique, fondée sur les droits, et viable, et d'envisager des options pour un financement et des services novateurs; d'identifier des mesures spécifiques pour assurer l'accès des groupes à haut risque, et d'utiliser les éléments de fait disponibles pour procéder à des investissements judicieux et éliminer les inefficacités des programmes VIH. Le Myanmar, le Népal et la Thaïlande ont élaboré des cadres et plans d'investissement stratégiques, et d'autres pays, dont le Bangladesh et le Cambodge, s'emploient à faire de même. En optimisant l'allocation des fonds, on estime qu'il sera possible d'économiser des montants importants à des fins de réinvestissement.

¹⁸ Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA) *Rapport mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013* (Genève, 2013).

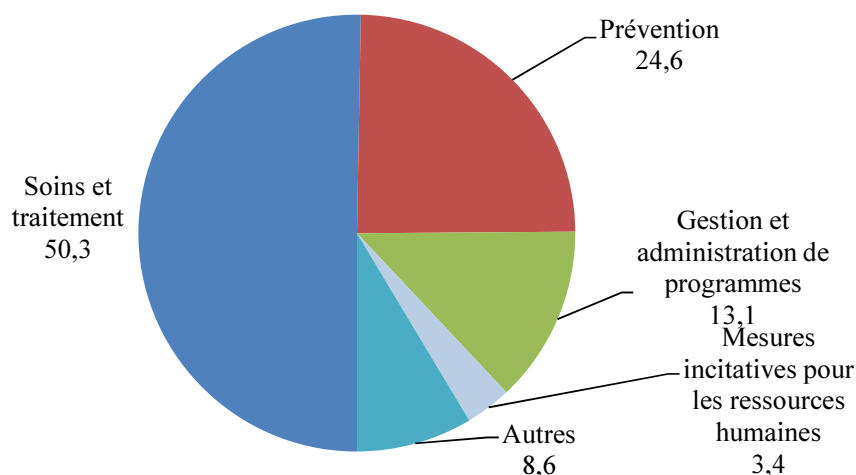
¹⁹ Synthèse des données de pays réalisée par l'Équipe de données du Centre de données sur le VIH et le sida pour l'Asie et le Pacifique (www.aidsdatahub.org).

B. Indicateurs de résultats

Dépenses au titre du sida, par catégories

Figure

Asie-Pacifique: répartition des dépenses au titre du sida, par catégorie, selon les dernières données disponibles (en pourcentage)



Source: Base de données établie par le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde par le Centre de données sur le VIH et le sida pour l'Asie et le Pacifique (www.aidsdatahub.org).

56. Dans l'ensemble, d'après les données du Rapport d'activité de 2013 portant sur 34 pays de la région (voir figure ci-dessus) la répartition des dépenses s'établit en moyenne comme suit: 50,3 % pour les soins et le traitement, 24,6 % pour la prévention, 13,1 % pour la gestion et l'administration des programmes, 3,4 % pour les mesures incitatives pour les ressources humaines et 8,6 % pour les autres domaines, y compris 1,7 % pour un environnement facilitateur. Quelques 21 % des dépenses de prévention sont utilisées pour l'action auprès des groupes à haut risque.

57. On peut observer les grandes tendances ci-après dans le financement de la riposte au sida:

a) La tendance est à l'augmentation du financement pour la lutte contre le VIH et le sida dans la plupart des pays de la région;

b) La part du financement national indique également une augmentation substantielle reflétant le désir des pays de « partager la responsabilité » pour le financement de la riposte au sida;

c) D'une manière générale, la région Asie-Pacifique n'oriente pas suffisamment ses dépenses en faveur des groupes à haut risque. En outre de nombreux pays ont des dépenses d'administration des programmes qui sont supérieures à la moyenne. Ce sont là des facteurs qui compromettent l'efficacité des dépenses allant à la lutte contre le VIH;

d) Les allocations de certains pays ne reflètent pas la nature réelle de l'épidémie nationale,

58. Pour plus de détails sur cette question, on pourra consulter le document intitulé « Examen du financement des mesures nationales de lutte contre le VIH et le sida dans la région Asie-Pacifique »²⁰.

VII. Veiller à l'égalité entre les sexes dans la riposte au sida

59. La discrimination fondée sur le sexe, la violence sexiste et l'inégalité entre les sexes sont autant de facteurs qui entravent l'effort de lutte contre le sida. La Déclaration politique sur le VIH et le sida a, entre autres objectifs, celui d'éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la violence sexiste et de renforcer la capacité des femmes et des adolescentes à se protéger du risque d'infection par le VIH.

60. On a de plus en plus de preuves que la violence sexiste rend les femmes, les filles, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, et les personnes transgenres plus vulnérables aux infections transmises par voie sexuelle, y compris le VIH. Des études montrent également que les femmes des groupes à haut risque, telles que les consommatrices de drogue injectable, les travailleuses du sexe et les femmes transgenres sont particulièrement exposées aux risques de violence.

61. Il est essentiel de bien comprendre l'épidémie sous l'angle de l'appartenance sexuelle et de veiller à ce que les données systématiquement rassemblées soient désagrégées par sexe et par âge, de manière à inclure les femmes, les hommes et les personnes transgenres dans les processus de décision et de promouvoir une budgétisation soucieuse de l'égalité des sexes.

A. Indicateurs de processus

Prise en compte de l'égalité des sexes dans les plans stratégiques multisectoriels

62. Dans sa résolution 67/9, la Commission a demandé aux États membres de continuer d'élaborer leurs stratégies nationales pour lutter contre toutes les formes de violence fondées sur le genre, y compris les actes de violence sexuelle, en particulier contre les femmes et les filles.

63. Sur les 23 pays et territoires de la région Asie-Pacifique qui ont répondu à l'enquête intergouvernementale, 17 ont signalé avoir une stratégie nationale conçue pour lutter contre les formes de violence sexiste, ainsi que le demande la résolution 67/9 de la Commission.

B. Indicateurs de résultats

Proportion des femmes mariées ou ayant été mariées, ou en couple, âgées de 15 à 49 ans, qui ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime masculin au cours des 12 mois précédents

64. En Asie et dans le Pacifique, les femmes qui vivent avec le VIH et les femmes appartenant à des groupes à haut risque, notamment les femmes transgenres, signalent plus fréquemment que les femmes du reste de la population avoir subi des violences de la part d'un partenaire intime. La recherche indique que la violence physique, associée à la violence sexuelle commise par des partenaires va de pair avec une augmentation de la prévalence du VIH. En outre, on a souvent constaté que les personnes transgenres de la région sont sujettes à des violences et à des crimes de haine

²⁰ E/ESCAP/HIV/IGM.2/3.

et se heurtent à la stigmatisation et à la discrimination de la part des services de santé.

65. D'après le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde de 2014, la prévalence de cas récents de violence de la part d'un partenaire intime, mesurée en pourcentage du nombre des femmes mariées, ayant été mariées ou en couple, âgées de 15 à 49 ans et ayant subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin intime au cours des 12 mois écoulés, varie considérablement dans la région et se situe entre 1,87 % en Géorgie et 68 % à Kiribati.

66. Là où des données sont disponibles, plus de la moitié des femmes ont signalé avoir subi des violences physiques ou sexuelles à Kiribati, aux Îles Salomon et à Vanuatu. En Asie du Nord et en Asie centrale, entre 1,87 % et 17,1 % des femmes mariées, ayant été mariées, ou en couple signalent avoir subi des violences. Il importe de noter que la violence contre les femmes, en particulier de la part d'un partenaire intime demeure considérablement sous-déclarée.

VIII. La voie à suivre: priorités et politiques pour la région

67. Dans l'enquête intergouvernementale sur la mise en œuvre des engagements pris dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida, et dans les résolutions 66/10 et 67/9 de la Commission, les États membres ont été priés d'indiquer leurs principales réalisations, leurs difficultés et leurs priorités pour l'action future.

A. Réalisations

1. Réduire la transmission sexuelle du VIH et prévenir la transmission chez les consommateurs de drogue injectable

68. Sur les 23 pays qui ont répondu à l'enquête intergouvernementale, 16 ont indiqué parmi leurs principaux succès qu'ils étaient parvenus à réduire la transmission sexuelle du VIH et à prévenir la transmission chez les consommateurs de drogue injectable. Les stratégies présentées comprenaient l'amélioration et le renforcement des tests de dépistage du VIH, une action accrue auprès des groupes à haut risque et des programmes de réduction des effets néfastes pour les consommateurs de drogue injectable.

2. Élaboration de plans, politiques, directives et lois stratégiques à l'échelon national

69. Une dizaine de pays ont indiqué l'élaboration de plans, politiques, directives et lois stratégiques au niveau national comme étant l'un de leurs principaux succès et ayant abouti à une gestion et une gouvernance plus efficaces de la riposte au sida. Ils ont donné des exemples de mesures officielles tendant à apporter un meilleur soutien aux personnes vivant avec le VIH, aux groupes à haut risque et aux organisations de la société civile.

3. Développement des traitements antirétroviraux d'importance vitale

70. Quinze répondants à l'enquête ont indiqué que leur action en faveur du développement des traitements antirétroviraux constituait l'une de leurs principales réalisations. Cette action a comporté un renforcement des politiques pour la distribution gratuite, ou abordable, de médicaments antirétroviraux à la population éligible, l'adoption de mesures pour accroître la couverture du traitement antirétroviral, et la révision des directives de

traitement de manière à pouvoir soigner un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH à un stade plus précoce.

4. Mise en œuvre de programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant

71. Trois pays ont fait part du succès qu'ils avaient obtenu dans l'application de programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant en tant que moyen d'éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants, alors que d'autres pays ont mentionné leurs succès pour intégrer les services de lutte contre le VIH dans les programmes universels de soins de santé et les programmes de prise en charge des maladies chroniques.

72. Il est clair que la région a fait des progrès appréciables pour mettre en œuvre une riposte efficace au VIH grâce à l'augmentation du financement national ; à la mise en place de plans, politiques et lois stratégiques nationaux pour réduire la transmission du VIH; et à l'adoption de mesures destinées à veiller à ce que toutes les personnes vivant avec le VIH aient accès au traitement antirétroviral. Toutefois il reste encore beaucoup à faire, comme on peut le voir d'après les difficultés qui ont été évoquées dans les réponses à l'enquête.

B. Difficultés rencontrées

73. D'après les indications reçues des États membres de la CESAP, certaines des principales difficultés auxquelles ils se heurtent pour développer leur riposte au VIH sont les suivantes: l'insuffisance des financements internationaux et nationaux; le manque d'appui pour la création d'un milieu propice permettant aux groupes à haut risque d'obtenir accès aux services; les faiblesses de la gestion et de la gouvernance des programmes de lutte contre le VIH, et une utilisation des moyens financiers et autres ressources qui ne permet pas d'obtenir les meilleurs résultats.

1. Insuffisance des moyens de financement

74. Parmi les 23 répondants, 15 ont souligné que l'insuffisance des moyens de financement représentait le principal obstacle à l'accès universel à un système complet de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien. Huit d'entre eux ont mentionné la nécessité d'un financement national accru, et cinq ont évoqué la diminution du financement international en tant que source de problèmes majeure. Sept pays ont souligné que l'insuffisance des capacités institutionnelles et des ressources humaines soulevait de graves difficultés. Le prix élevé des médicaments antirétroviraux et l'augmentation du nombre des personnes vivant avec le VIH ont été cités comme étant parmi les principaux facteurs menaçant la viabilité de la riposte au sida.

2. Absence d'un environnement facilitateur pour les personnes vivant avec le VIH et les groupes à haut risque

75. Plusieurs pays ont signalé que l'absence d'un milieu facilitant l'accès aux services VIH pour les personnes vivant avec le sida et les groupes à haut risque, y compris la discrimination et la stigmatisation et les coutumes sociales, constituait un problème majeur. Certains pays ont fait savoir que le manque de participation des partenaires concernés de la société civile était source de difficultés.

3. Insuffisance de la gouvernance des programmes de lutte contre le VIH

76. Neuf répondants ont mentionné comme obstacle critique l'insuffisance de la gouvernance des programmes VIH, y compris l'absence de volonté politique et de coordination entre les parties prenantes, la médiocrité de la gestion des données, et l'écart entre les lois et les politiques et leur mise en œuvre. Cinq pays ont signalé que le mauvais ciblage des ressources financières et humaines constituait un problème qu'il importait de corriger.

77. Même dans les domaines où des progrès ont été faits, un certain nombre de difficultés ont été signalées, ce qui indique bien la nécessité de redoubler d'efforts.

C. Priorités futures

1. Amélioration des services de lutte contre le VIH, y compris le traitement et les soins

78. Seize répondants ont indiqué que l'amélioration des services VIH, y compris le traitement et les soins, constitue une priorité absolue. Les grandes priorités ci-après ont été indiquées sous cette rubrique:

a) Quatorze pays ont souligné la nécessité de renforcer les tests de dépistage du VIH, les services de soins et de traitement, notamment en adoptant une approche factuelle à l'égard des groupes à haut risque;

b) Quatre pays ont donné la priorité au traitement du VIH en milieu communautaire;

c) Deux pays ont recommandé une approche préconisant le « traitement à titre préventif »;

d) Trois pays ont indiqué le renforcement de la couverture par le traitement antirétroviral comme priorité clef,

2. Intégration des services de lutte contre le VIH

79. Cinq pays ont estimé que le renforcement de l'intégration des services VIH aux soins de santé de base et au système général de santé, y compris les systèmes de couverture universelle, constituaient une priorité essentielle.

3. Amélioration de la gouvernance des services de lutte contre le VIH

80. Treize pays ont indiqué que l'amélioration de la gouvernance de la riposte au VIH constituait une priorité essentielle. Cela comportait notamment:

a) Des mesures destinées à maintenir et accroître le financement national de la lutte contre le VIH (cinq pays);

b) Une bonne coordination multisectorielle (quatre pays);

c) Un meilleur ciblage des groupes à haut risque (trois pays);

d) Une amélioration des activités de contrôle et d'évaluation (trois pays);

e) La décentralisation,

4. Réduire la stigmatisation et la discrimination et améliorer l'accès à la justice pour les groupes à haut risque et les personnes vivant avec le VIH

81. Cinq pays ont indiqué que la réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des groupes à haut risque et des personnes vivant avec le VIH constituait une priorité essentielle et que des mesures devaient être prises pour sensibiliser les parlementaires, les responsables de l'application des lois, les dirigeants politiques et religieux et les prestataires de soins médicaux.

D. Conclusions et recommandations

82. Malgré les importants progrès faits par la région Asie-Pacifique pour réduire le nombre des nouvelles infections et pour accroître le financement national de la riposte au sida, l'épidémie exige des mesures beaucoup plus puissantes pour que les objectifs convenus dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida puissent être atteints.

83. Plus important encore, malgré quelques progrès, tous les pays de la région doivent s'attaquer plus efficacement aux obstacles juridiques et politiques qui nuisent à l'accès aux services VIH des groupes à haut risque et des personnes vivant avec le VIH.

84. La proportion des personnes vivant avec le VIH qui ont accès au traitement varie de 5 % en Afghanistan à 67 % au Cambodge; dans de nombreuses sous-régions, elle est de l'ordre de 30 %. Cela est dû en partie au fait que trop de personnes vivant avec le VIH, notamment au sein des groupes à haut risque, ne connaissent pas leur statut sérologique de sorte qu'elles n'ont pas accès au traitement.

85. Il existe des épidémies localisées, qui sont de plus en plus fréquentes dans certaines régions géographiques, en particulier les grandes villes et les groupes à haut risque de nombreux pays. Il est de plus en plus évident qu'on obtiendrait de meilleurs résultats si l'on pouvait faire en sorte que les communautés et les réseaux concernés participent à toutes les étapes de la riposte à la maladie.

86. Le financement national de la riposte au sida a considérablement augmenté, mais pas au même rythme que l'épidémie, et il demeure inadéquat au moment où le financement international est également en baisse.

87. Pour atteindre les objectifs convenus dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011- et progresser dans la réalisation de la vision de l'Asie et du Pacifique avec zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination et zéro décès dû au sida - il importe que les pays de la région prennent d'urgence les mesures ci-après:

a) Renforcer le leadership et l'engagement politiques, tout en associant pleinement les personnes qui vivent avec le VIH et les groupes à haut risque à toutes les étapes de la riposte au sida;

b) Renforcer l'action de prévention du VIH, en mettant l'accent sur les groupes à haut risque et sur les zones géographiques prioritaires au sein des pays;

c) Développer et organiser de manière permanente les tests de dépistage, les conseils et l'accès au traitement antirétroviral, y compris le dépistage en milieu communautaire, l'objectif étant que tous les personnes qui vivent avec le VIH obtiennent un traitement;

d) Veiller à fournir un accès de prix abordable aux médicaments, au diagnostic et aux moyens de prévention pour la région et au-delà;

e) Faire progresser le respect des droits de l'homme et de l'égalité entre les sexes par la suppression des lois, politiques et pratiques qui encouragent la stigmatisation et la discrimination, violent les droits et empêchent l'accès des groupes à haut risque et des personnes vivant avec le VIH aux services de lutte contre le VIH;

f) Augmenter de façon durable les ressources nationales pour le financement de la riposte au VIH et faire en sorte que les ressources financières aillent bien là où elles auront le plus d'impact,
