



Conseil économique et social

Distr. : Générale
25 août 2011

Français
Original : Anglais

Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique

Réunion intergouvernementale de haut niveau pour l'Asie et le Pacifique sur l'évaluation des progrès réalisés eu égard aux engagements pris dans la Déclaration politique sur le VIH/sida et aux Objectifs du Millénaire pour le développement

Bangkok, 1^{er}-3 novembre 2011

Point 4 de l'ordre du jour provisoire

Examen de la mise en œuvre au niveau régional de la Déclaration politique sur le VIH/sida et des Objectifs du Millénaire pour le développement et de l'action menée pour assurer l'accès universel, notamment de la suite donnée sur le plan régional au document final de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale de 2011 consacrée au VIH/sida

Aperçu de la mise en œuvre au niveau régional de la Déclaration politique sur le VIH/sida et des Objectifs du Millénaire pour le développement et de l'action menée pour assurer l'accès universel, notamment de la suite donnée sur le plan régional au document final de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale de 2011 consacrée au VIH/sida

Note du secrétariat

Résumé

Les pays d'Asie et du Pacifique ont beaucoup progressé dans la lutte contre le VIH depuis l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le développement (2000), de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (2001) et de la Déclaration politique sur le VIH/sida (2006). Cependant, en raison des difficultés que continue de poser l'action contre le VIH dans la région, certaines cibles de l'objectif 6 des Objectifs du Millénaire pour le développement, de même que certains objectifs de la Déclaration d'engagement et de la Déclaration politique, n'ont pas encore été atteints.

Conscients qu'un retour en arrière est toujours possible malgré les progrès accomplis, les gouvernements des États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté en juin 2011 la « Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida », par laquelle tous, y compris les pays d'Asie et du Pacifique, se sont engagés à revitaliser et à intensifier l'action mondiale contre le VIH et le sida par un leadership décisif, inclusif et responsable, afin de réaliser l'objectif 6 des Objectifs du Millénaire pour le développement, et notamment d'enrayer la propagation du VIH/sida et de commencer à la faire reculer d'ici à 2015.

Dans la région de l'Asie et du Pacifique, cet appel à un engagement renouvelé avait déjà été exprimé dans, entre autres, deux résolutions de la Commission : a) la résolution 66/10 intitulée « Appel régional à l'action pour réaliser l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien en Asie et dans le Pacifique », et b) la résolution 67/9 intitulée « Examen régional Asie-Pacifique des progrès accomplis dans la réalisation de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de la Déclaration politique sur le VIH/sida ».

La mise en œuvre effective de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 et des deux résolutions de la Commission exigera une forte volonté politique ainsi qu'un vaste appui multisectoriel de la part des nombreuses parties concernées. Afin d'aider les gouvernements à définir la voie à suivre pour honorer ces engagements, le présent document donne un aperçu des progrès réalisés à ce jour et des principales difficultés que la région doit encore surmonter dans sa lutte contre le VIH. Au vu de ce bilan, et en ayant à l'esprit les principaux engagements contenus dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 et dans les résolutions de la Commission susmentionnées, la Réunion est invitée à envisager de privilégier un certain nombre d'actions clés, dont certaines pourraient être examinées au titre des points 5 et 6 de l'ordre du jour provisoire.

Table des matières

	Page
I. Introduction.....	3
II. Accès universel en Asie et dans le Pacifique: progrès accomplis.....	4
A. Les tendances générales témoignent d'une amélioration dans la région	4
B. Les variations géographiques et la concentration des épidémies rendent plus difficile la lutte contre le VIH	6
III. Accès universel en Asie et dans le Pacifique : lacunes et difficultés.....	9
A. Une prévention insuffisante peut compromettre les acquis	9
B. Les lacunes dans la couverture thérapeutique doivent être comblées.....	11
C. Réduire l'«invisibilité» pour encourager l'utilisation des services.....	14
D. Une plus grande prise en charge par les pays et une base financière solide sont essentielles pour la durabilité des programmes	16
E. Combattre les schémas sexistes pour réduire la vulnérabilité au VIH.....	17
IV. Accès universel en Asie et dans le Pacifique: moyens d'améliorer l'action nationale et régionale.....	18
A. Cibler la prévention	18
B. Renforcer l'accès au traitement, aux soins et au soutien	20
C. Consolider un environnement juridique et social propice.....	20
D. Concevoir des programmes plus efficaces.....	21

E.	Éliminer les inégalités entre les sexes, la maltraitance et la violence	22
V.	Conclusion	22
Tableaux		
1.	Principales statistiques de la pandémie du VIH dans certaines régions du monde (2009)	6
2.	Accès à la prévention des principaux groupes de population touchés, aux niveaux mondial et régional (en pourcentage)	9
3.	Accès aux thérapies antirétrovirales dans certaines régions et au niveau mondial (2009).....	12
Figures		
1.	Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH, de nouvelles infections et de décès liés au sida en Asie et dans le Pacifique (1990-2009).....	5
2.	Estimation du nombre d'adultes (15 ans et +) vivant avec le VIH en Asie et dans le Pacifique (1990-2009)	6
3.	Accès à la prévention de la transmission parent-enfant du VIH en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, par rapport à l'ensemble des pays à revenu faible ou intermédiaire (2005, 2008 et 2009).....	12
4.	Pourcentage des pays d'Asie et du Pacifique dont les lois et politiques entravent l'action contre le VIH s'agissant de certains groupes de population touchés	15

I. Introduction

1. Les pays d'Asie et du Pacifique ont beaucoup progressé dans la lutte contre le VIH depuis l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le développement, en 2000, de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (résolution S-26/2), en 2001, et de la Déclaration politique sur le VIH/sida (résolution 60/262), en 2006. En particulier, il y a eu très peu d'épidémies généralisées¹ du VIH dans la région, au rebours d'autres parties du monde, et on a observé des signes de stabilisation de la pandémie, voire de déclin, chez certains groupes de population.

2. Par conséquent, au niveau de la région dans son ensemble, l'une des cibles de l'objectif 6 des Objectifs du Millénaire pour le développement, qui est d'avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle (cible 6A), est en train d'être atteinte dans une large mesure. En revanche, la cible 6 B, qui est d'assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès au traitement contre le VIH/sida d'ici à 2010, est loin d'être atteinte dans la région, malgré les efforts engagés au cours de la dernière décennie pour intensifier la prévention et étendre l'accès au traitement. De même, la réalisation des différents objectifs des Déclarations de 2001 et de 2006 sur le VIH/sida est assez inégale.

¹ Une épidémie est qualifiée de généralisée lorsque le taux de prévalence atteint 1 % parmi la population adulte.

3. Fin 2010, les délais impartis pour la réalisation des buts et objectifs que les États Membres s'étaient fixés en 2001 et en 2006 pour guider et suivre l'action contre le sida sont arrivés à échéance. Conscients des lacunes et des difficultés qui persistaient, les gouvernements des États Membres, y compris ceux de la région de l'Asie et du Pacifique, ont adopté en juin 2011 la « Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida » (résolution 65/277). Cette déclaration est essentielle en ce qu'elle leur permet d'évaluer les progrès accomplis et de définir la voie à suivre.

4. L'objet du présent document est de passer en revue les progrès accomplis dans la lutte contre le VIH en Asie et dans le Pacifique, en vue de cerner les mesures supplémentaires qui pourraient être prises conformément à la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011. Il est tenu compte également des autres engagements pris par les États membres de la CESAP dans ce domaine, notamment ceux qui sont contenus dans deux résolutions de la Commission, la résolution 66/10 intitulée « Appel régional à l'action pour réaliser l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien en Asie et dans le Pacifique » (19 mai 2010), et la résolution 67/9 intitulée « Examen régional Asie-Pacifique des progrès accomplis dans la réalisation de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de la Déclaration politique sur le VIH/sida » (25 mai 2011).

II. Accès universel en Asie et dans le Pacifique : progrès accomplis

A. Les tendances générales témoignent d'une amélioration dans la région

5. Fin 2009, on estimait à 33,3 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, dont quelque 4,9 millions – soit 14,7 % – dans la région de l'Asie et du Pacifique (figure 1).² Ces dernières années, la plupart des épidémies nationales de VIH se sont stabilisées en Asie, le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et le nombre de décès liés au sida ayant cessé d'augmenter. Une autre amélioration est la baisse de 20 %, en huit ans, du nombre de personnes nouvellement infectées, passé de 450 000 en 2001 à 360 000 en 2009. En 2009, quelque 300 000 décès liés au sida ont été recensés dans la région, soit 16,7 % du total mondial³. Au tableau 1 sont données les principales statistiques de la pandémie du VIH dans la région.

6. L'incidence du VIH chez les enfants mineurs de 15 ans a également baissé ces dernières années. On estime que 22 000 enfants dans cette tranche d'âge ont été infectés en 2009, soit 15 % de moins qu'en 1999, où leur nombre était estimé à 26 000. Cette baisse s'explique en partie par une certaine amélioration de la prévention de la transmission parent-enfant, qui a permis de réduire le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH. Le nombre de d'enfants décédés du sida est passé de 18 000 en 2004 à 15 000 en 2009⁴. Il est

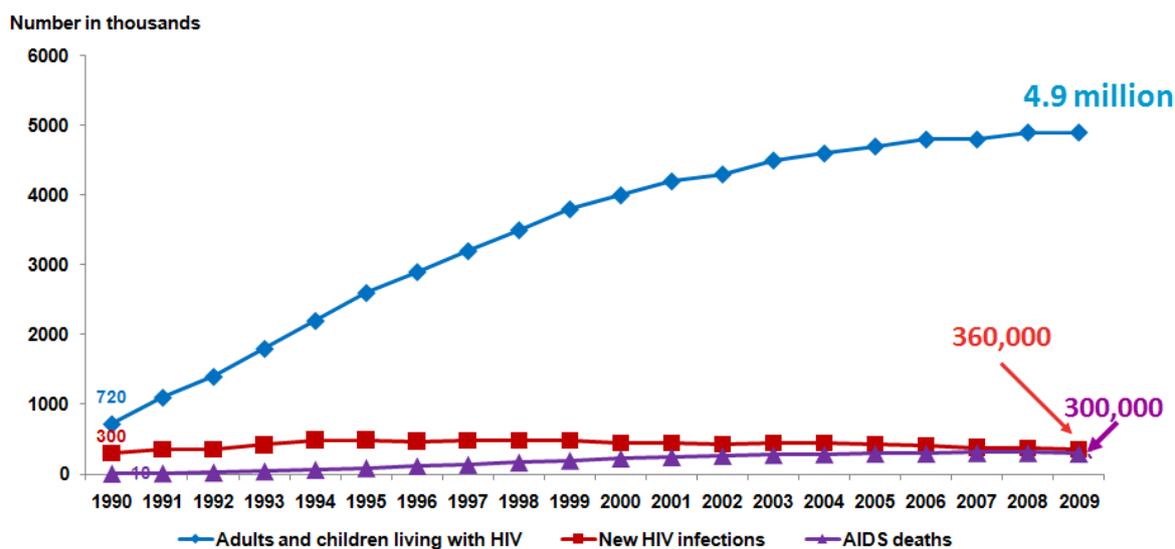
² Pour toutes les données figurant dans le présent document, la classification régionale utilisée est celle d'ONUSIDA. Pour la liste des pays correspondants, voir le site : www.unaids.org/en/regionscountries/countries.

³ ONUSIDA, Rapport mondial 2010.

⁴ Ibid.

utile de noter que, sans prévention, le risque de transmission parent-enfant au niveau mondial varie de 20 à 45 %.⁵

Figure 1
Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH, de nouvelles infections et de décès liés au sida en Asie et dans le Pacifique (1990-2009)



Légende :

—■— = adultes et enfants vivant avec le VIH —■— = nouvelles infections —▲— = décès liés au sida

Source: ONUSIDA, Équipe d'appui pour l'Asie et le Pacifique, à partir des données compilées pour le Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010

7. Avec environ 1,7 million de séropositives en 2009 (figure 2), la proportion de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH dans la région s'est stabilisée autour de 35 % ces dernières années, ce qui est bien en dessous de la moyenne mondiale de 52 %.⁶

⁵ Organisation mondiale de la santé, *Perspectives stratégiques 2010-2015 pour la PTME : empêcher la transmission mère-enfant du VIH en vue d'atteindre les objectifs de l'UNGASS et ceux du Millénaire pour le développement* (2010). D'après ce rapport, quelque 430 000 enfants auraient été infectés par le VIH en 2008, dont plus de 90 % par transmission du virus de la mère à l'enfant.

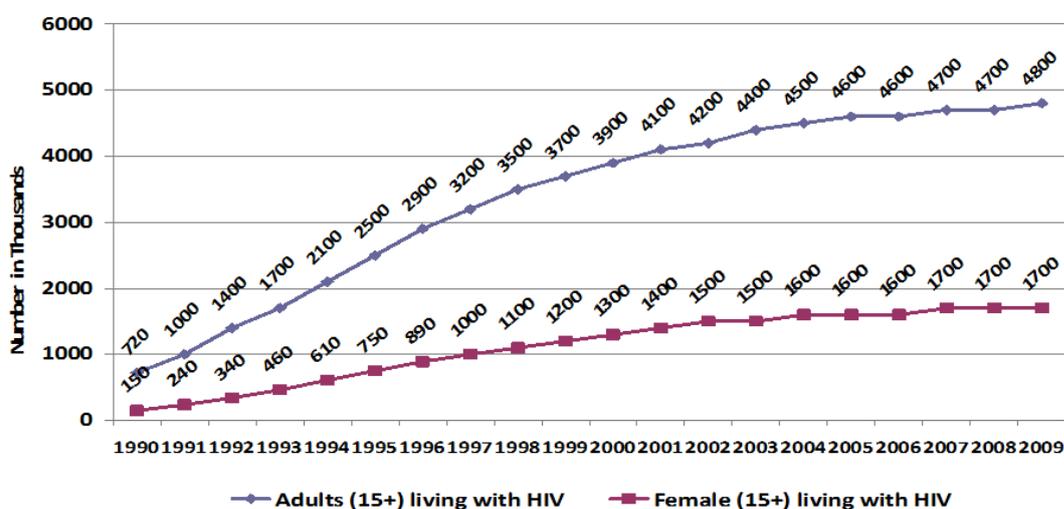
⁶ ONUSIDA, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific*, 2011.

Tableau 1
Principales statistiques de la pandémie du VIH dans certaines régions du monde (2009)

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés	Adultes et enfants décédés du sida	Prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) (en pourcentage)
Asie du Sud et du Sud-Est	4 100 000	270 000	260 000	0,3
Asie de l'Est	770 000	82 000	36 000	0,1
Océanie	57 000	4 500	1 400	0,3
Europe de l'Est et Asie centrale	1 400 000	130 000	76 000	0,8
Total mondial	33 300 000	2 600 000	1 800 000	0,8

Source: ONUSIDA, Rapport mondial 2010

Figure 2
Estimation du nombre d'adultes (15 ans et +) vivant avec le VIH en Asie et dans le Pacifique (1990-2009)



Légende :

-●- = adultes (hommes et femmes) (15 ans et +) vivant avec le VIH

-■- = femmes (15 ans et +) vivant avec le VIH

Source: ONUSIDA, Équipe d'appui pour l'Asie et le Pacifique, à partir des données compilées pour le Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010

B. Les variations géographiques et la concentration des épidémies rendent plus difficile la lutte contre le VIH

8. Bien qu'encourageants, ces chiffres généraux masquent des tendances spécifiques dont il faut tenir compte dans les programmes de lutte contre le VIH, en particulier pour décider de l'affectation des ressources.

9. Par exemple, sept pays ont au moins 100 000 séropositifs parmi leur population et accueillent donc à eux seuls plus de 90 % de l'ensemble des personnes infectées par le VIH en Asie et dans le Pacifique. Le pays le plus touché est l'Inde, suivi, dans l'ordre, par la Chine, la Thaïlande, l'Indonésie, le Viet Nam, le Myanmar et la Malaisie. Avec 2,4 millions de séropositifs, l'Inde a presque la moitié de toute la population vivant avec le VIH dans la région.⁷

10. Par ailleurs, bien que l'Inde et la Thaïlande comptent un grand nombre de personnes vivant avec le VIH, le nombre de nouvelles infections dans ces pays a baissé de plus de 25 % entre 2001 et 2009. À l'inverse, dans des pays à faible prévalence comme le Bangladesh et les Philippines, cette incidence a augmenté de plus de 25 % pendant la même période.⁸

11. On observe également des variations au sein d'un même pays. En Chine, par exemple, six des 31 provinces accueilleraient 61,8 % de la totalité des personnes vivant avec le VIH⁹. Dans la province indonésienne de Papouasie, le taux de prévalence du VIH est 15 fois supérieur à la moyenne nationale.¹⁰

12. Plus important encore est le fait, comme le souligne la Commission sur le sida en Asie dans un rapport, que les principaux vecteurs de propagation des épidémies dans la région sont l'utilisation de seringues non stériles pour la consommation de drogues injectables, l'industrie du sexe et les relations sexuelles entre hommes.¹¹ Il est particulièrement préoccupant que le nombre de séropositifs parmi les homosexuels masculins ait augmenté dans les principales villes de la région. En effet, des taux de prévalence élevés - de 13 à 32 % - ont été recensés à plusieurs endroits en Chine, en Inde, au Myanmar, à Singapour, en Thaïlande et au Viet Nam.¹²

13. De même, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables est restée élevée dans plusieurs pays. On estime qu'ils sont un sur six à être séropositifs en Asie, dont plus d'un sur trois en Indonésie, au Myanmar et en Thaïlande, un sur quatre au Cambodge, et un sur cinq au Népal, au Pakistan et au Viet Nam.¹³

14. En ce qui concerne les travailleuses du sexe, il y a eu des améliorations sur le plan de la prévention, mais le nombre de nouvelles infections continue d'augmenter dans certaines zones et certaines situations. La clientèle masculine des travailleuses du sexe - estimée à 75 millions d'hommes dans l'ensemble de l'Asie et du Pacifique - constitue un facteur clé à la fois de la propagation et de l'ampleur de la pandémie du VIH dans la région, car, de tous les groupes touchés, ces hommes sont les plus nombreux à transmettre le virus à leurs partenaires habituelles.¹⁴

⁷ Ibid.

⁸ ONUSIDA, Rapport mondial 2010.

⁹ Information fournie par le bureau d'ONUSIDA à Beijing.

¹⁰ ONUSIDA, Rapport mondial 2010.

¹¹ Commission sur le sida en Asie, *Redefining AIDS In Asia-Crafting An Effective Response*, Oxford University Press, 2008.

¹² ONUSIDA, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific*, 2011.

¹³ ONUSIDA, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero*, 2011.

¹⁴ Ibid.

15. Les jeunes de moins de 25 ans représentent une proportion spécifique des groupes de population particulièrement touchés par le VIH dans la région. En Indonésie, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Pakistan, les travailleuses du sexe de cette catégorie d'âge auraient au moins autant de chances que leurs aînées d'être séropositives. S'agissant des consommateurs de drogues injectables, le taux de prévalence chez les jeunes est de 42 % en Indonésie, de 28 % au Myanmar, de 23 % au Pakistan et de 8 % en Chine.¹⁵

16. Dans le Pacifique, le pays le plus touché par le VIH est la Papouasie-Nouvelle-Guinée, avec un taux de prévalence de 0,9 % (34 000 personnes vivant avec le VIH), quoique des études récentes montrent que l'épidémie commence à se stabiliser.¹⁶ Un des principaux modes de transmission dans ce pays sont les rapports hétérosexuels non protégés. En Australie, en Nouvelle-Zélande et dans les pays du Pacifique, le principal mode de transmission sont les rapports sexuels non protégés entre hommes.¹⁷

17. En Asie et dans le Pacifique, l'apparition d'un nouveau groupe de population touché par le VIH suscite des préoccupations: celui des travailleurs migrants qui rentrent en étant porteurs du virus. Il est important d'intégrer dans toute action nationale contre le VIH des mesures visant à réduire la vulnérabilité de ce vaste groupe de population. La région accueille en effet à l'heure actuelle environ 25 % des quelque 214 millions de migrants internationaux recensés dans le monde et reçoit 42 % du montant total de leurs envois de fonds.¹⁸ Une proportion croissante des migrants internationaux et intranationaux est constituée de femmes, qui, de par leur situation, sont souvent particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH. L'une des principales causes de ce phénomène est l'accès insuffisant des migrants aux informations sur le VIH et aux services de santé.

18. En Europe de l'Est et Asie centrale, le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH a presque triplé depuis 2000, atteignant 1,4 million en 2009, contre 760 000 en 2001.¹⁹ La forte poussée de la pandémie dans cette région s'explique par une augmentation rapide du nombre de séropositifs parmi les consommateurs de drogues injectables au tournant du siècle. Deux pays – la Fédération de Russie et l'Ukraine – ont un taux de prévalence du VIH égal ou supérieur à 1 % et comptent à eux seuls près de 90 % des nouveaux cas diagnostiqués.²⁰ L'épidémie de VIH a continué d'augmenter en Fédération de Russie, mais plus lentement qu'à la fin des années 1990. En Europe de l'Est et Asie centrale, les épidémies sont concentrées et touchent principalement les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe et leurs partenaires, et, dans une bien moindre mesure, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. On estime qu'un quart des consommateurs de drogues injectables de la région, dont le nombre est estimé à 3,7 millions (majoritairement des hommes), sont séropositifs. En 2009, quelque 76 000 personnes seraient mortes du sida, soit quatre fois plus qu'en 2001, où leur nombre était estimé à 18 000.²¹

¹⁵ Ibid.

¹⁶ ONUSIDA, Rapport mondial 2010.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Organisation internationale pour les migrations *et al.*, *Report of the Asia-Pacific Regional Preparatory Meeting for the Global Forum on Migration and Development*, 2010.

¹⁹ ONUSIDA, Rapport mondial 2010.

²⁰ L'Ukraine n'est pas un État membre de la CESAP.

²¹ ONUSIDA, Rapport mondial 2010.

19. Ces chiffres mettent en lumière le fait que, pour combattre efficacement le VIH, il faut concevoir des stratégies d'intervention qui accordent la priorité voulue aux principaux groupes de population touchés, et qui soient fondées sur une connaissance approfondie de leurs comportements. Cet impératif est de plus en plus reconnu depuis quelques années, en particulier dans les travaux de la Commission sur le sida en Asie (2008) et de la Commission sur le sida dans le Pacifique (2009), ainsi que par les gouvernements eux-mêmes, comme il ressort des résolutions 66/10 et 67/9 de la Commission.

III. Accès universel en Asie et dans le Pacifique : lacunes et difficultés

A. Une prévention insuffisante peut compromettre les acquis

20. Il semble que la prévention auprès des principaux groupes de population touchés ait été insuffisante dans la région. Notamment, le taux moyen régional d'accès à la prévention de ces groupes (basé sur le 9^{ème} des indicateurs de base définis à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida) est sensiblement inférieur au taux moyen mondial des pays à revenu faible ou intermédiaire (tableau 2).²²

Tableau 2

Accès à la prévention des principaux groupes de population touchés, aux niveaux mondial et régional (en pourcentage)

	Moyenne mondiale	Moyenne régionale
Consommateurs de drogues injectables	32	17
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	57	49
Travailleuses du sexe	58	40

Source: ONUSIDA, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero, 2011*.

21. Or, une prévention adéquate auprès des principaux groupes de population touchés est essentielle pour combattre la pandémie du VIH dans la région. Par exemple, s'agissant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les projections montrent que, à défaut d'investissements notables en faveur de programmes ciblés, notamment dans le domaine de la prévention, ce groupe représentera environ 50 % des nouvelles infections en Asie d'ici à 2020.²³

22. Pour ce qui est des consommateurs de drogues injectables, les épidémies se sont poursuivies à plusieurs endroits, même si les programmes de réduction des risques de contamination se sont multipliés dans toute la région. Cette absence d'amélioration s'explique en partie par un accès très réduit aux

²² ONUSIDA, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero, 2011*.

²³ ONUSIDA, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific, 2011*.

programmes d'échange de seringues. En Asie, environ 14 % des intéressés y avaient accès en 2010, et l'accès aux traitements de substitution des opiacés était encore plus faible, avec une couverture de 5 % seulement.²⁴

23. Pour bien comprendre ces microtendances et les comportements de ces groupes de population, il faut des données très spécifiques, collectées au moyen de mécanismes de surveillance adéquats. Autrement dit, pour concevoir des programmes ciblés et fondés sur des données factuelles, il faut disposer, entre autres choses, de statistiques fiables, actualisées et ventilées (par âge, sexe et mode de transmission) sur l'incidence et la prévalence du VIH. L'obtention de ces informations exige non seulement de réaliser des travaux de recherche, mais aussi d'être en mesure d'atteindre les groupes de population concernés. La première de ces conditions implique d'améliorer constamment les outils de mesure, les systèmes de gestion des données et les mécanismes de suivi et d'évaluation aux niveaux national et régional. S'agissant de la seconde, il est beaucoup plus facile d'atteindre les principaux groupes touchés si cette démarche s'inscrit dans un contexte de respect de leurs droits (de façon à ne pas les pousser dans la clandestinité), notamment leur droit aux services de santé.

24. Par conséquent, pour consolider la base des connaissances, un plus grand engagement de la collectivité est nécessaire. Cet engagement est aussi important au stade de la conception des politiques et des programmes qu'à celui de leur mise en œuvre. Toute action ciblée contre le VIH doit donc comprendre des mesures pour aider les groupes cibles à participer plus efficacement aux initiatives de sensibilisation, à la formulation des politiques et à l'élaboration des programmes.

25. Le recul des épidémies au Cambodge, en Thaïlande et en Inde montrent que l'on peut obtenir des résultats significatifs lorsqu'un accès étendu aux services prioritaires est conjugué à une forte implication de tous les principaux groupes de population touchés. Les autres facteurs de réussite dans ces pays ont été une utilisation judicieuse des médias et des programmes spécifiquement destinés aux clients des travailleuses du sexe, un groupe souvent négligé dans la prévention. Les services offerts aux toxicomanes dans le cadre des programmes de réduction des risques de contamination mis en œuvre à certains endroits sont également des exemples de partenariats efficaces entre groupes communautaires et autorités publiques.²⁵

26. Ces expériences réussies doivent être partagées avec d'autres pays de la région. En particulier, il serait utile de diffuser les choix qui se sont révélés efficaces pour des interventions clés comme la promotion de l'utilisation du préservatif auprès des travailleuses du sexe, l'extension des programmes de réduction des risques de contamination pour les toxicomanes, et l'éducation par les pairs. L'utilité des programmes faisant appel aux pairs pour la prévention et les services de conseil et de soutien n'est plus à démontrer.

²⁴ ONUSIDA, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero*, 2011.

²⁵ ONUSIDA, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific*, 2011.

B. Les lacunes dans la couverture thérapeutique doivent être comblées

27. L'accès de certains groupes de population aux thérapies antirétrovirales s'est amélioré en Asie et dans le Pacifique. Par exemple, on estime que 44 % des enfants y ont accès dans la région, ce qui est supérieur à la moyenne mondiale de 28 %. Cette couverture régionale s'explique en grande partie par un taux d'accès très élevé – plus de 80 % - au Cambodge, en Malaisie et en Thaïlande. À l'instar des tendances mondiales, les femmes en Asie ont aussi davantage accès que les hommes aux thérapies antirétrovirales (28 % contre 22 %, respectivement, dans les pays qui fournissent des données ventilées par sexe).²⁶

28. Les tendances globales ne sont toutefois pas aussi positives. En 2009, la couverture antirétrovirale dans les pays de la région à revenu faible ou intermédiaire était de 31 %, ce qui est en dessous de la moyenne mondiale de 36 %, et très loin de l'objectif des 80 % requis pour l'accès universel (tableau 3).²⁷ Six pays - la Chine, l'Inde, l'Indonésie, le Myanmar, la Thaïlande et le Viet Nam - représentent à eux seuls plus de 90 % des besoins thérapeutiques de la région²⁸.

29. Avec les nouvelles directives pour le traitement du VIH publiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2010, assurer l'accès aux traitements est devenu encore plus difficile. L'OMS recommande en effet de commencer à traiter les patients aux antirétroviraux dès que leur nombre de CD4 descend à 350 cellules/mm³ – un niveau de référence plus élevé que celui utilisé auparavant, qui était de 200 cellules/mm³ –, ce qui signifie que le traitement débute à un stade plus précoce. Avec cette nouvelle référence, le nombre de séropositifs qui peuvent prétendre aux thérapies antirétrovirales a augmenté d'environ 50 %, ce qui se traduit par une baisse des taux d'accès précédemment évalués.

30. Le taux d'accès aux thérapies antirétrovirales pour prévenir la transmission parent-enfant était de 32 % en 2009, ce qui est très en dessous de la moyenne mondiale de 53 % (figure 3). La Thaïlande, avec une couverture de plus de 90 %, et la Malaisie, avec une couverture de plus de 80 %, sont en bonne voie d'enrayer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants. Le pays le plus loin d'atteindre cet objectif est l'Inde. Plusieurs pays de la région continuent d'utiliser la Nevirapine en dose unique, mais certains sont en train d'abandonner progressivement ce traitement en vue d'appliquer les nouvelles directives de l'OMS à partir de 2012.²⁹

²⁶ Ibid.

²⁷ ONUSIDA, Rapport mondial 2010.

²⁸ ONUSIDA, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific*, 2011.

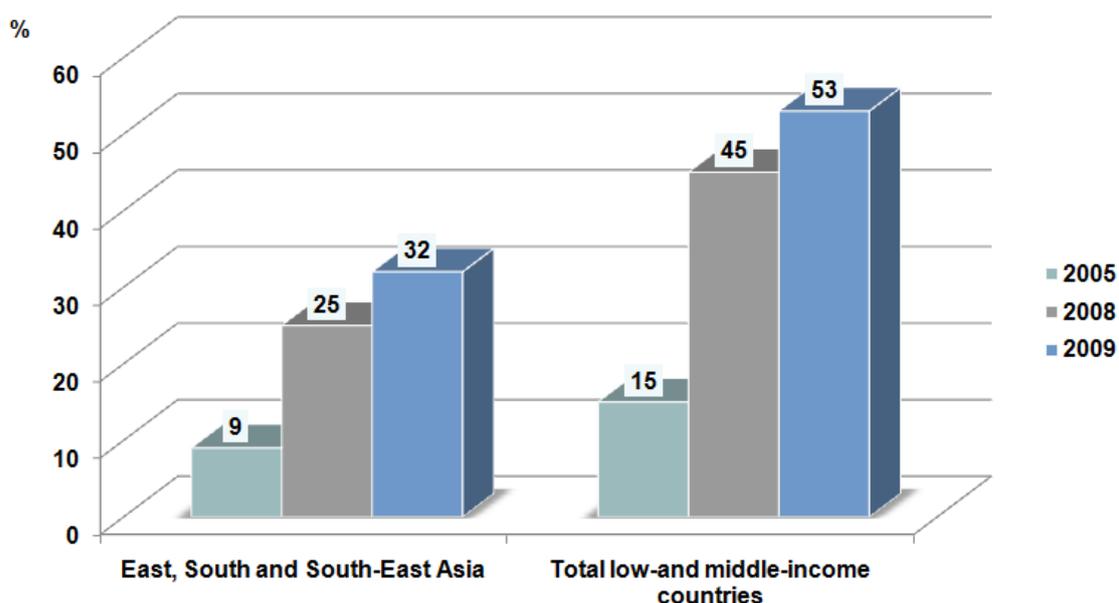
²⁹ ONUSIDA, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero*, 2011.

Tableau 3
Accès aux thérapies antirétrovirales dans certaines régions et au niveau mondial (2009)

	Personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral	Personnes nécessitant un traitement antirétroviral	Accès (en pourcentage)
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	739 000	2 400 000	31
Europe et Asie centrale	114 000	610 000	19
Monde	5 250 000	14 600 000	36

Source: OMS/ONUSIDA/UNICEF, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé : rapport de situation 2010.*

Figure 3
Accès à la prévention de la transmission parent-enfant du VIH en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, par rapport à l'ensemble des pays à revenu faible ou intermédiaire (2005, 2008 et 2009)



Légende :

Bloc de gauche = Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est

Bloc de droite = total des pays à revenu faible ou intermédiaire

Source: UNUSIDA, *Regional Stocktaking Report, Universal Access in Asia and the Pacific, 2011.*

31. Il est donc évident que, à défaut d'efforts concertés pour étendre la couverture antirétrovirale, l'écart entre l'offre et la demande en thérapies antirétrovirales au niveau régional risque de se creuser davantage. Le Cambodge est le seul pays asiatique à avoir atteint l'objectif de l'accès universel aux

thérapies antirétrovirales conformément aux directives 2010 de l'OMS.³⁰ La République démocratique populaire lao, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la Thaïlande sont les seuls autres pays d'Asie et du Pacifique à avoir atteint une couverture de plus de 50 % conformément à ces directives.³¹

32. La mise en application des directives 2010 de l'OMS permettra d'étendre l'accès aux thérapies antirétrovirales et à la prévention de la transmission parent-enfant du VIH, mais elle exigera aussi des moyens plus importants pour financer les programmes, les doter en ressources humaines, acheter les produits de traitement et fournir les services requis tout en optimisant les dépenses. Ce défi pourrait être d'autant plus difficile à relever que l'on tend de plus en plus à privilégier l'approche du « traitement préventif », autrement dit, à traiter plus tôt afin de réduire le risque de transmission. Des études récentes ont montré en effet qu'un séropositif qui commence une thérapie antirétrovirale efficace à un stade précoce peut réduire de 96 % le risque de transmission du virus à un partenaire sexuel non infecté.³²

33. Pour répondre aux besoins accrus en thérapies antirétrovirales, il faut disposer de médicaments de bonne qualité et abordables, notamment de médicaments génériques. Il est donc important de garantir un commerce international légitime de ces médicaments. À ce propos, il peut être utile de noter que l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) prévoit certaines « mesures de souplesse » pour les pays en développement et les pays les moins avancés, afin de leur permettre d'appliquer leurs propres politiques publiques, par exemple en ce qui concerne l'accès aux produits pharmaceutiques, tout en suivant des normes compatibles avec les dispositions de l'Accord.³³

34. De même que pour la prévention, comme il a été vu plus haut, étendre la couverture thérapeutique suppose de donner aux principaux groupes de population touchés un accès plus équitable aux services, de disposer d'études et de données plus complètes, et de mobiliser davantage la collectivité. Plus important encore, les programmes de prévention et de thérapies antirétrovirales ne sont viables que s'ils vont de pair avec un renforcement général des mécanismes de protection sociale, notamment du système de santé. La Thaïlande, par exemple, intègre un nombre croissant d'initiatives de lutte contre le VIH, y compris la fourniture de traitements antirétroviraux, dans son système d'accès universel aux soins de santé. Selon le rapport d'avancement établi par ce pays pour la période allant de janvier 2008 à décembre 2009, au titre du suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, les mesures prises pour encourager la prise en charge thérapeutique précoce ont permis d'améliorer l'accès aux soins et au traitement. En 2009, 200 000 personnes vivant avec le VIH étaient traitées aux antirétroviraux (soit une couverture de 75 %).

³⁰ Ibid.

³¹ ONUSIDA, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific*, 2011.

³² Michel Sidibé, « *Un tournant qui change la donne* », 28^e réunion du Conseil de Coordination du Programme d'ONUSIDA, juin 2011, Genève.

³³ http://www.wipo.int/ip-development/en/legislative_assistance/advice_trips.html

C. Réduire l'« invisibilité » pour encourager l'utilisation des services

35. Diverses mesures sont prises en Asie et dans le Pacifique pour éliminer les obstacles juridiques et les politiques ou pratiques qui sont discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH. On peut citer par exemple la levée des restrictions relatives aux déplacements en Chine, la possibilité pour les toxicomanes, en Malaisie, de faire volontairement une cure de désintoxication au lieu d'être placés en détention, et la révision des cadres législatifs désuets en Papouasie-Nouvelle-Guinée.³⁴

36. Malgré ces progrès, certaines lois, politiques et pratiques continuent de saper l'action régionale contre le VIH. Pas moins de 90 % des pays d'Asie et du Pacifique ont des lois qui semblent avoir pour effet d'entraver la fourniture efficace de services de prévention, de soins, de traitement et de soutien en matière de VIH.³⁵ De fait, il semble qu'en comparaison du reste du monde, la région compte une proportion élevée de pays dont les lois et les politiques font obstacle à l'accès universel, en particulier pour les principaux groupes de population touchés (figure 4).

37. Notamment, 20 pays considèrent les relations sexuelles entre partenaires du même sexe comme une infraction pénale, plus de 29 répriment certains aspects de l'industrie du sexe, et 16 imposent des restrictions aux déplacements des personnes vivant avec le VIH.³⁶ Dans nombre de pays, les toxicomanes continuent d'être placés d'office dans des centres spéciaux, sans accès à un traitement de substitution des opiacés, et 11 pays continuent d'appliquer la peine de mort à des infractions liées à la drogue.³⁷ Cette tendance régionale à privilégier l'aspect sécurité publique de la consommation de stupéfiants, plutôt que l'aspect santé publique, témoigne peut-être de l'influence dominante du modèle de lutte contre la criminalité véhiculé par la « guerre mondiale contre la drogue ».³⁸

³⁴ ONUSIDA, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific*, 2011.

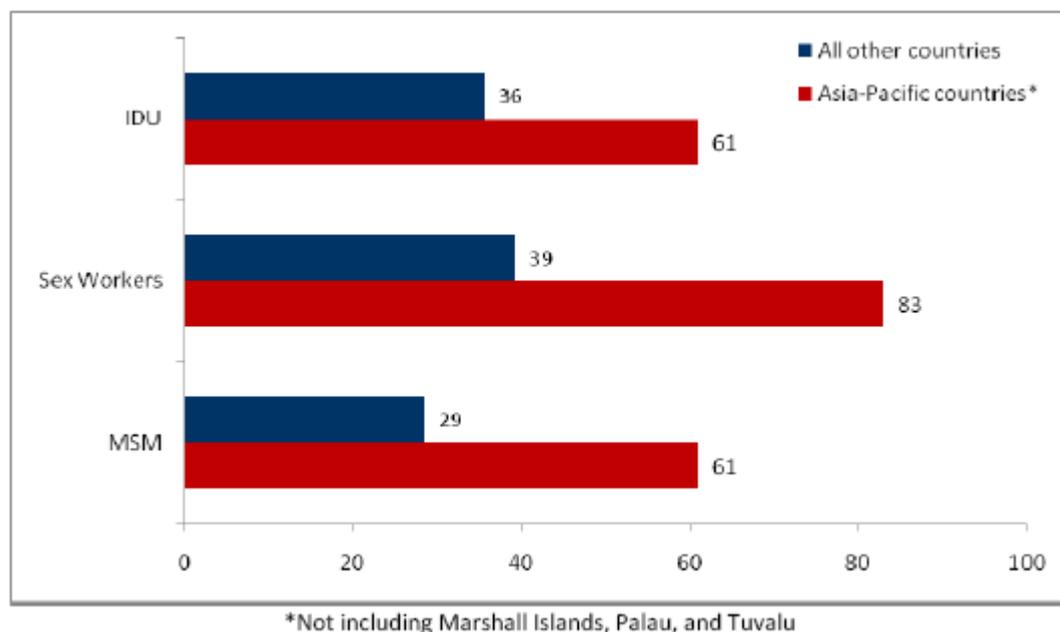
³⁵ ONUSIDA, *Rapport mondial 2010*.

³⁶ ONUSIDA, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific*, 2011.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

Figure 4
Pourcentage des pays d'Asie et du Pacifique dont les lois et politiques entravent l'action contre le VIH s'agissant de certains groupes de population touchés



Légende :

Haut = consommateurs de drogues injectables

Centre = travailleuses du sexe

Bas = hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

niveau inférieur = Asie-Pacifique (sauf Îles Marshall, Palaos et Tuvalu)

niveau supérieur = reste des pays

Source: *Evidence to Action, Law, Policy and HIV in Asia and the Pacific, 2010.*

38. Il est attesté que les principaux groupes de population touchés par le VIH, s'ils se trouvent dans un environnement juridique et social qui ne les aide pas à exercer leurs droits (notamment leur droit à la santé), sont incités à se réfugier dans la clandestinité, où ils ont plus de chances d'adopter des comportements à haut risque, ce qui compromet non seulement la santé future des intéressés et de leurs partenaires, mais également les progrès accomplis dans la lutte contre la pandémie du VIH. Par ailleurs, l'invisibilité de ces groupes peut être un obstacle à la collecte des données fiables qui sont indispensables, comme il a été vu plus haut, pour l'élaboration de programmes ciblés.

39. Plusieurs facteurs principaux peuvent expliquer la persistance de ces difficultés.³⁹ Par exemple, le secteur de la santé publique et celui de la sécurité publique semblent adopter des approches différentes. Le fait de réprimer la détention de matériel d'injection est un exemple des divergences entre ces approches. La fourniture de seringues stériles est souvent considérée comme une « incitation » ou une « aide » à la consommation illicite de stupéfiants, interdite dans plusieurs pays.⁴⁰ Une telle interdiction peut conduire à une utilisation accrue de seringues non stériles, ce qui aggrave le risque de propagation du VIH. En outre, on a signalé que même si elles n'étaient pas toujours appliquées par la

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Organisation mondiale de la santé *et al.*, *A strategy to halt and reverse the HIV epidemic among people who inject drugs in Asia and the Pacific 2010-2015*, 2010.

police les dispositions de ce genre servaient parfois à justifier des cas de harcèlement et d'abus visant les principaux groupes de population touchés par le VIH.⁴¹

40. La stigmatisation et la discrimination qui dominent sur le lieu de travail, à l'école et dans les établissements médicaux ont également pour effet d'entraver l'accès à la prévention du VIH et aux soins, au traitement et au soutien dans ce domaine. De fait, une étude régionale sur la stigmatisation a montré que 24 % des personnes interrogées avaient perdu leur emploi en raison d'une discrimination fondée sur leur état ; 13 % ont indiqué que la stigmatisation et la discrimination limitaient leur accès aux soins de santé et 19 % ont dénoncé des violations de leurs droits. Les personnes interrogées étaient 27 % à avoir demandé réparation devant la justice, dont 8 % seulement avaient obtenu gain de cause.⁴²

41. Il est évident pour supprimer ou réduire les obstacles juridiques et les politiques ou pratiques discriminatoires il faut renforcer les capacités à la fois des institutions publiques et de la société civile. Toutes les principales parties prenantes doivent collaborer sans réserve à cet effort : les secteurs de la santé publique et de la sécurité publique, les services de protection sociale et d'aide juridique, et les mécanismes communautaires qui veillent aux droits des personnes vivant avec le VIH, des principaux groupes de population touchés, et des femmes et des jeunes filles, entre autres.

D. Une plus grande prise en charge par les pays et une base financière solide sont essentielles pour la durabilité des programmes

42. Les modes actuels de financement de la lutte contre le VIH dans la région ne sont pas viables. En particulier, il semble y avoir un écart important entre l'offre et la demande de fonds. On estime à 3,3 milliards de dollars le coût d'une action régionale ciblée pour enrayer et faire reculer la pandémie et pour atteindre l'objectif de l'accès universel aux services de traitement, de soins et de soutien.⁴³ Cette somme est trois fois supérieure à celle qui est dépensée chaque année par la région pour son action contre le VIH (estimée à 1,1 milliard de dollars en 2009). Il est probable que cet écart se creusera davantage si l'on ne mobilise pas des fonds supplémentaires, d'autant que, pour la première fois depuis longtemps, les donateurs internationaux n'ont pas augmenté leurs contributions. La récente crise financière mondiale et la morosité de la situation économique ne sont probablement pas étrangères à cette évolution.⁴⁴

43. Cet important déficit de financement est d'autant plus préoccupant que l'incertitude économique qui règne actuellement dans le monde pourrait persister un certain temps, et que la région s'appuie dans une large mesure sur les fonds internationaux. Tous les pays à faible revenu et nombre des pays à revenu intermédiaire sont très dépendants des sources internationales de financement. Dans les trois quarts des pays considérés (19 sur 25), plus de 50 % des dépenses

⁴¹ John Godwin, *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men: An agenda for action*, rapport établi à la demande du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et de la Coalition Asie-Pacifique sur la santé sexuelle masculine (APCOM), 2010.

⁴² ONUSIDA, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific*, 2011.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

liées au sida seraient financées par des fonds internationaux. En Asie, 53 % des dépenses déclarées seraient financées par le secteur public. Il est toutefois probable que ce pourcentage donne une fausse idée de la part du financement public dans la région. En effet, deux pays – la Chine et la Thaïlande – destinent à eux seuls des fonds publics pour un montant de 500 millions de dollars à la lutte contre le VIH, soit une part disproportionnée de la somme d'un milliard et quelque qui est dépensée chaque année dans la région à cette fin.⁴⁵

44. Une utilisation rationnelle des fonds, et notamment leur affectation pertinente, est tout aussi importante pour assurer la durabilité des programmes de lutte contre le VIH. Il semble que les ressources actuellement allouées soient insuffisantes. Dans les pays qui fournissent des informations relativement détaillées à cet égard, 18 % seulement des dépenses auraient été destinées à des programmes de prévention de grande portée et économiques.⁴⁶

45. Ces différents facteurs mettent en évidence la nécessité d'une plus grande autonomie nationale. Les pays d'Asie et du Pacifique doivent prendre davantage en charge l'action contre le VIH sur leur propre territoire. Il est donc essentiel que les gouvernements s'engagent à destiner des fonds publics plus importants aux programmes en rapport avec le VIH, tout en s'efforçant d'obtenir des fonds externes auprès de sources diversifiées (notamment par des partenariats innovants) et en renforçant leurs capacités nationales de gestion financière et programmatique.

E. Combattre les schémas sexistes pour réduire la vulnérabilité au VIH

46. Comme on l'a vu plus haut, la proportion de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH dans la région n'est pas négligeable. Nombre de femmes sont infectées par le VIH à la suite de rapports sexuels non protégés, en particulier si leurs partenaires sont clients des travailleuses du sexe. Il semble qu'elles connaissent moins bien les modes de transmission du virus et les moyens de prévenir l'infection. Les schémas sexistes qui renforcent les rôles traditionnels peuvent avoir pour effet de restreindre l'accès des personnes vivant avec le VIH, notamment lorsque celles-ci sont des femmes, aux services de prévention, de traitement et de soutien.⁴⁷ L'inégalité des sexes peut aussi se traduire par des actes de violence et augmente le risque d'infection des femmes et des jeunes filles.⁴⁸ Par conséquent, les initiatives visant à faire reculer la propagation du VIH doivent tenir compte du rôle des relations hommes-femmes dans la vie sexuelle et la procréation, et de leur incidence sur la prévention du VIH et l'accès au traitement, aux soins et au soutien dans ce domaine.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ «Sustainable funding to reach the three zeros», exposé présenté par l'Équipe d'appui pour l'Asie et le Pacifique d'ONUSIDA au Congrès international sur le sida dans la région de l'Asie et du Pacifique (ICAAP), 2011.

⁴⁷ ONUSIDA, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero*, 2011.

⁴⁸ I. Lewis, B. Maruia, D. Mills et S. Walker, *Final Report on Links Between Violence Against Women and the Transmission of HIV in 4 Provinces of PNG*, Université de Canberra (Australie) et National HIV Support Program (Papouasie-Nouvelle-Guinée), 2008.

IV. Accès universel en Asie et dans le Pacifique : moyens d'améliorer l'action nationale et régionale

47. Dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011, les 193 États Membres de l'Organisation des Nations Unies se sont engagés à redoubler d'efforts pour assurer d'ici à 2015 l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, en vue de réaliser l'objectif 6 des Objectifs du Millénaire pour le développement, et, plus précisément, d'avoir enrayer la propagation du VIH et commencé à la faire reculer dans ce même délai (par. 51). Nombre des engagements énoncés dans les déclarations précédentes sur le VIH/sida ont été réitérés à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale tenue en juin 2011, dont l'objet était de procéder à un examen approfondi des progrès accomplis dans la réalisation de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de la Déclaration politique sur le VIH/sida. De même, de nombreux éléments de la nouvelle stratégie lancée récemment par ONUSIDA sous le titre « Zéro nouvelle infection au VIH – zéro discrimination – zéro décès dû au sida » vont dans le sens des engagements pris dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011.

48. En Asie et dans le Pacifique, cet appel à une mobilisation renouvelée avait déjà été exprimé dans, entre autres, deux résolutions de la CESAP antérieures à la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011, à savoir la résolution 66/10 intitulée « Appel régional à l'action pour réaliser l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien en Asie et dans le Pacifique » et la résolution 67/9 intitulée « Examen régional Asie-Pacifique des progrès accomplis dans la réalisation de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de la Déclaration politique sur le VIH/sida ». Cette dernière a été adoptée juste avant la Réunion de haut niveau de 2011 sur le sida et intègre les conclusions de débats régionaux antérieurs tels que, notamment, la Consultation régionale Asie-Pacifique sur l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien, organisée conjointement par ONUSIDA et la CESAP en mars 2011.

49. Les États membres de la CESAP devraient s'appuyer sur les engagements pris dans le cadre de ces initiatives mondiales et régionales pour remédier d'urgence aux lacunes qui sapent la lutte contre le VIH dans la région.

A. Cibler la prévention

50. La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011, comme celle de 2006, souligne que la prévention doit être la pierre angulaire des stratégies nationales, régionales et internationales de lutte contre la pandémie (par. 58).

51. En particulier, cette Déclaration insiste sur la nécessité de « redoubler d'efforts pour prévenir le VIH en mettant en œuvre des modes de prévention d'envergure éprouvés » (par. 59). Au rebours des déclarations précédentes, elle appelle aussi l'attention sur la nécessité de se centrer sur les principaux groupes de population touchés, en faisant observer que « de nombreuses stratégies nationales de prévention du VIH ne sont pas adéquatement axées sur les populations dont les données épidémiologiques montrent qu'elles sont à haut risque, en particulier les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes qui font usage de drogues par voie intraveineuse et les travailleurs du sexe », et note que « chaque pays devrait identifier précisément les

populations principalement concernées par l'épidémie et l'action menée pour lutter contre celle-ci, en fonction du contexte épidémiologique et national » (par. 29). La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 est la première des déclarations mondiales adoptées par l'Assemblée générale à désigner explicitement ces groupes de population comme étant vulnérables à l'épidémie du VIH.

52. Plus important encore, cette Déclaration définit des objectifs spécifiques à ces groupes particulièrement touchés, à atteindre dans un délai précis. Ainsi, d'ici à 2015, les pays doivent être parvenus à:

- a) réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle (par. 62) ;
- b) réduire de 50 % le taux de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (par. 63) ;
- c) éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida (par. 64).

53. En appelant les pays à redoubler d'efforts pour prévenir le VIH, la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 leur recommande également de mettre en œuvre des stratégies de prévention d'envergure et éprouvées, qui tiennent dûment compte des circonstances, de l'éthique et des valeurs culturelles locales, et notamment d'organiser des campagnes de sensibilisation, de tirer parti du dynamisme des jeunes, de réduire les comportements à risque, de développer et promouvoir le dépistage volontaire et confidentiel, d'étendre les programmes de réduction des risques de contamination, et de faciliter l'accès aux services de soins de santé sexuelle et procréative (par. 59).

54. Les pays sont appelés à faire en sorte que les ressources financières destinées à la prévention soient ciblées sur des mesures éprouvées, adaptées à la nature spécifique de l'épidémie dans chaque pays, l'accent étant mis sur l'emplacement géographique, les réseaux sociaux et les populations vulnérables, et évaluées en fonction du nombre de nouveaux cas d'infection dans chaque contexte. Une attention particulière doit être accordée aux femmes et aux jeunes filles, aux jeunes, aux orphelins et autres enfants vulnérables, aux migrants et aux personnes en situation d'urgence humanitaire, aux prisonniers, aux autochtones et aux handicapés (par. 60).

55. La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 reconnaît que les actions contre le VIH doivent être fondées sur des « données factuelles, lesquelles doivent être ventilées en fonction de l'incidence et de la prévalence, et par âge, sexe et mode de transmission » et recommande de renforcer les systèmes de collecte et d'analyse de données sur les groupes cibles (par. 46 et 61).

56. Avant la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida en juin 2011, la CESAP avait déjà identifié, dans ses résolutions 66/10 et 67/9, les difficultés particulières auxquelles doivent faire face les groupes de population les plus exposés, comme les consommateurs de drogues injectables, les travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transgenres. Chez ces derniers, la prévalence du VIH semble plus élevée que chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – dans les pays où des données les concernant sont disponibles.⁴⁹

⁴⁹ ONUSIDA, *Regional Stocktaking Report, Universal Access in Asia and the Pacific*, 2011.

B. Renforcer l'accès au traitement, aux soins et au soutien

57. La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 constate que la couverture thérapeutique est insuffisante, et fixe comme objectif « d'assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015 » (par. 66). En reconnaissant l'existence de cette lacune, à la fois dans la Déclaration de 2011 et dans celle de 2006, les pays admettent que les accords commerciaux internationaux, en particulier ceux qui concernent les marchandises (dont les produits nécessaires au traitement et à la prévention) et les droits de propriété intellectuelle, peuvent entraver l'accès à des traitements abordables, et que, partant, les « mesures de souplesse » prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce devraient viser à faciliter l'accès au commerce des médicaments. La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 va cependant plus loin, puisque les pays s'y engagent à « éliminer d'ici à 2015, dans toute la mesure possible, les obstacles qui empêchent les pays à faible revenu ou 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 » (par. 71). Les mesures suivantes sont proposées pour atteindre cet objectif :

a) mettre en concurrence des produits génériques afin d'aider à réduire les coûts associés aux soins continus, et encourager tous les États à appliquer des mesures et des procédures en matière de droits de propriété intellectuelle propres à éviter tout obstacle au commerce légitime des médicaments et à se prémunir contre le détournement de ces mesures et procédures (par. 71 b)) ; et

b) encourager l'utilisation volontaire, lorsque cela est opportun, de nouveaux mécanismes tels que les partenariats, les prix gradués, le partage des brevets et des pools de brevets au bénéfice de tous les pays en développement (par. 71 c)).

58. La résolution 67/9 de la Commission complète les initiatives proposées en appelant les pays à envisager des processus qui permettent de consulter les parties prenantes sur les moyens de promouvoir l'accès à des médicaments, des diagnostics et, des vaccins d'un prix abordable dans la région.

C. Consolider un environnement juridique et social propice

59. La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 souligne qu'afin de combattre efficacement le VIH « chaque pays [doit] faire plus pour mettre en place un cadre juridique, social et politique » propice (par. 77).

60. Des orientations sont données quant aux mesures à prendre dans ce sens: examiner les lois et les mesures incompatibles (par. 78), envisager de recenser et de revoir, pour les éliminer, les dispositions qui restreindraient encore l'entrée, le séjour ou la résidence sur le territoire national des personnes vivant avec le VIH (par. 79), adopter des stratégies nationales de lutte contre le VIH/sida qui respectent et valorisent les droits et combattent la stigmatisation et la discrimination, et, si nécessaire, établir des systèmes de protection sociale pour les personnes vivant avec le VIH ou touchées par celui-ci, en particulier les femmes et les jeunes filles, les jeunes, les populations migrantes et mobiles et les travailleurs et leur famille (par. 80-85).

61. Tout aussi important est le fait que la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 appelle les principales parties prenantes à collaborer pour réduire la stigmatisation et la discrimination, notamment « en sensibilisant les policiers et les juges, en formant les soignants aux principes de la non-discrimination, du respect du secret professionnel et du consentement éclairé, en appuyant les campagnes d'information sur les droits de l'homme, les services assurant une connaissance élémentaire du droit et les services d'aide juridique, et en surveillant l'impact de la législation sur la prévention du VIH et le traitement, les soins et le soutien en la matière » (par. 80).

62. S'agissant de l'Asie et du Pacifique, la CESAP a relevé dans ses résolutions 66/10 et 67/9 la nécessité d'éliminer la stigmatisation et la discrimination ainsi que les obstacles politiques et juridiques à l'accès universel, et de promouvoir le dialogue entre le secteur de la santé et d'autres secteurs, notamment ceux de la justice, du maintien de l'ordre et de la lutte contre les stupéfiants. La résolution 67/9, tout comme la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011, appelle en outre les pays à entreprendre, en fonction de leurs priorités nationales, un examen des lois, des politiques et des pratiques nationales afin de favoriser la pleine réalisation des objectifs de l'accès universel.

D. Concevoir des programmes plus efficaces

63. La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 engage les pays à atteindre, d'ici à 2015, par une série d'étapes et en exerçant collectivement leur responsabilité, un niveau important de dépenses annuelles mondiales, sachant que le montant à consacrer à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a été estimé entre 22 et 24 milliards de dollars (par. 88). Les pays sont également appelés à assumer une plus grande responsabilité dans l'action contre le VIH, et notamment à :

a) actualiser et mettre en œuvre, d'ici à 2012, dans le cadre de processus inclusifs, transparents et dirigés par les pays eux-mêmes, des stratégies et des plans nationaux multisectoriels de lutte contre le VIH et le sida, y compris des programmes financiers assortis d'un échéancier quant à leurs objectifs et qui devront être exécutés de manière ciblée, équitable et soutenue (par. 54) ;

b) prendre davantage en charge la lutte contre le VIH et le sida, en allouant des crédits plus importants d'origine nationale, et en recourant à des sources traditionnelles de financement comme l'aide publique au développement (par. 88).

64. Afin de soutenir ces initiatives dirigées par les pays, la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 demande « au système des Nations Unies, aux pays donateurs, au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, aux milieux d'affaires et aux organisations internationales et régionales d'appuyer les États Membres pour faire en sorte que d'ici à 2013 des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et le sida dirigés par les pays eux-mêmes, crédibles, budgétisés, fondés sur des données factuelles, inclusifs et complets soient financés et exécutés en toute transparence, responsabilité et efficacité, et conformément aux priorités nationales » (par. 55).

65. Afin de garantir qu'un ensemble exhaustif de mesures soient prises pour prévenir le VIH et assurer l'accès au traitement, aux soins et au soutien dans ce domaine, la Déclaration recommande aux pays d'encourager une participation

active et un rôle de chef de file de la part des organisations communautaires dirigées par des personnes vivant avec le VIH ou touchées par celui-ci, en particulier les jeunes, de sorte que ces organisations soient associées à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des activités, et de collaborer avec les dirigeants locaux et la société civile, notamment les organisations communautaires (par. 56 et 57).

66. De même, dans sa résolution 67/9, la CESAP appelle les pays à prendre davantage en charge la lutte contre le VIH, et notamment d'augmenter sensiblement l'aide et le financement qu'ils lui destinent au moyen de crédits budgétaires, et d'intégrer des services de soins, de soutien et de traitement dans leurs systèmes d'assurance-maladie et de protection sociale. La Commission souligne la nécessité d'établir des partenariats stratégiques et opérationnels au niveau national et au niveau des communautés entre les principaux groupes de population touchés et les représentants de la santé publique, de la police et de la justice et de la société civile, afin d'intensifier la mise en œuvre d'initiatives de grande portée en faveur de la prévention du VIH et du traitement, des soins et du soutien dans ce domaine, et d'atteindre l'objectif de l'accès universel pour les groupes de population particulièrement touchés.

E. Éliminer les inégalités entre les sexes, la maltraitance et la violence

67. La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 constate avec préoccupation que les femmes et les jeunes filles demeurent les plus touchées par le VIH dans le monde, que leur capacité à se protéger continue d'être compromise par des facteurs physiologiques et des inégalités dues à leur sexe, et que les femmes assument une part disproportionnée des soins à autrui (par. 21). Conscients de cette situation, les pays s'engagent « à éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes [et à] renforcer la capacité des femmes et des adolescentes de se protéger du risque d'infection par le VIH », ainsi qu'à prendre des mesures pour « créer une atmosphère de nature à permettre aux femmes de s'émanciper et d'accroître leur indépendance économique », tout en réaffirmant, dans ce contexte, « l'importance du rôle des hommes et des garçons dans la réalisation de l'égalité des sexes » (par. 53). Ces besoins aussi ont été évoqués par la Commission, dans une certaine mesure, dans ses résolutions 66/10 et 67/9.

V. Conclusion

68. En résumé, on peut dire que des progrès ont été accomplis dans la lutte contre le VIH au niveau régional, en particulier ces dernières années. Les améliorations sont toutefois fragiles et il existe un risque de retour en arrière si les États membres de la CESAP n'unissent pas leurs efforts. Il est évident qu'à ce tournant critique de l'évolution de la pandémie, il faut faire beaucoup plus, et vite, compte tenu des défis qui se posent.

69. La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011, les résolutions 66/10 et 67/9 de la Commission et les initiatives d'ONUSIDA et de ses partenaires sont autant d'instruments qui permettent aux États membres de la CESAP de s'attaquer aux obstacles à l'accès universel. En particulier, la Déclaration politique les appelle à revitaliser et à intensifier l'action mondiale contre le VIH et le sida par un leadership décisif, inclusif et responsable, en vue de réaliser l'objectif 6 des Objectifs du Millénaire pour le développement, notamment d'enrayer la propagation du VIH/sida et de commencer à la faire reculer d'ici à

2015. Il faut garder à l'esprit que la réalisation de l'objectif 6 est également essentielle pour la réalisation des autres Objectifs du Millénaire pour le développement. L'inverse est également vrai, en ce sens que les progrès accomplis dans la poursuite des autres objectifs contribueront à la lutte contre le VIH. Par exemple, empêcher les nouvelles infections par le VIH chez les enfants ainsi que la mortalité chez les mères a une incidence directe sur la réalisation de l'objectif 6, mais aussi sur les objectifs 3 (promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes), 4 (réduire la mortalité infantile) et 5 (améliorer la santé maternelle).

70. Comme il ne reste que quatre ans d'ici à 2015, il est capital que les États membres de la CESAP agissent sans tarder. C'est pourquoi la Réunion est invitée à envisager, en ayant à l'esprit les engagements contenus dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 et dans les résolutions 66/10 et 67/9 de la Commission, de privilégier les actions clés suivantes :

a) Redoubler d'efforts pour assurer d'ici à 2015 l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, en vue de faire reculer dans ce même délai la propagation du virus, conformément à l'objectif 6 des Objectifs du Millénaire pour le développement ;

b) Renforcer la prise en charge de la lutte contre le VIH par les pays, qui doivent à cette fin élaborer, financer et mettre en œuvre, en les dirigeant eux-mêmes, des initiatives nationales fondées sur des données factuelles, inclusives et durables, assorties d'objectifs à atteindre de manière ciblée et équitable dans un délai donné ;

c) Établir des partenariats stratégiques et opérationnels au niveau national et à celui des communautés, entre les principaux groupes de population touchés et les représentants de la santé publique, de la police et de la justice et de la société civile, afin d'intensifier la mise en œuvre d'initiatives de grande portée contre le VIH et d'éliminer la stigmatisation et la discrimination ;

d) Encourager la participation des organisations communautaires dirigées par des personnes appartenant aux principaux groupes de population touchés, ou qui vivent avec le VIH ou sont touchées par celui-ci, en particulier les jeunes, en leur donnant un rôle de chef de file, de sorte que ces organisations soient associées, lorsque cela est opportun, aux campagnes de sensibilisation et à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions contre le VIH ;

e) Modifier les lois, les politiques et les pratiques qui entravent l'accès universel, notamment celles qui perpétuent la stigmatisation et la discrimination, les inégalités entre les sexes et la violence sexiste ;

f) Renforcer les systèmes nationaux de collecte et d'analyse des données afin de consolider la base de connaissances, laquelle doit inclure toutes les statistiques nécessaires, notamment des données sur l'incidence et la prévalence du VIH ventilées par âge, sexe et mode de transmission et des données, également ventilées, sur l'accès aux programmes de prévention et de traitement ;

g) Soutenir tout partenariat entre les États membres de la CESAP et les parties prenantes régionales ou internationales susceptible de contribuer à la lutte contre la pandémie du VIH, comme ceux qui visent à favoriser l'échange

continu d'informations, de travaux de recherche, de données factuelles et de données d'expérience ;

h) Procéder périodiquement, au niveau régional, à un examen intergouvernemental inclusif des efforts et des progrès accomplis par les pays dans la lutte contre le VIH sur leur propre territoire.

71. Enfin, il ne faut pas oublier que la pandémie du VIH peut coûter très cher si elle n'est pas combattue convenablement. Outre qu'elle entraîne un important coût financier directement lié au traitement et à la perte de revenus, elle a aussi pour effet d'exacerber la pauvreté et les inégalités de revenu du fait d'une fragilisation du capital humain, social, financier et naturel, avec des conséquences négatives à long terme sur le revenu des ménages, l'emploi, l'éducation, l'égalité des sexes et la santé infantile et maternelle. C'est pourquoi il est capital de donner à la lutte contre le VIH et le sida une place plus importante et plus explicite dans l'action plus générale en faveur du développement humain.
