

FOIA MARKER

**This is not a textual record. This is used as an
administrative marker by the William J. Clinton
Presidential Library Staff.**

Collection/Record Group: Clinton Presidential Records
Subgroup/Office of Origin: National AIDS Policy Office
Series/Staff Member: Kristine Gebbie
Subseries:

OA/ID Number: 3773
FolderID:

Folder Title:
Paris, France Trip 4/5-9/94

Stack:	Row:	Section:	Shelf:	Position:
S	66	5	4	2

THE WHITE HOUSE

WASHINGTON

March 31, 1994

MEMORANDUM

TO: John Kyle Boice
Science Officer
U.S. Embassy, Paris

FROM: W. Steve Lee, Executive Assistant and Scheduler to
the National AIDS Policy Coordinator *MS Lee*

SUBJECT: Paris Trip

1. Physical data:

Arrive 6 April 1994 at 0745 (DeGaulle Airport). United Airlines Flight 914. Upon arrival, no Embassy transportation assistance is requested.

Departure 9 April 1994 at 0730 (DeGaulle Airport). Air France Flight 804. Upon departure, Embassy transportation assistance is requested.

2. Ms. Gebbie does not wish to stay at the Hotel Burgundy, but will rely on your judgement to secure accommodations at one of the other hotels near the conference center.
3. Ms. Gebbie is not available on 6 April for official meetings.
4. Ms. Gebbie would like to arrange a cocktail reception 7 April, prior to making a live appearance on the national telethon. She will visit GOF HIV/AIDS agencies 6 April, which are being arranged through the U.S. Department of State. *Kr - 7 April*

I will contact you 1 April with some suggestions for guests at the reception. We also need to facilitate a discussion between our Director of Communications and the appropriate person affiliated with the telethon to discuss Ms. Gebbie's appearance.

Bob

French antz
file -

I understand that planning of a joint USA & France meeting on HIV AIDS policy

For that meeting, I wanted to argue for a prominent place for drug user prevention. Some of the reasons are as follows:

- IDU transmission is important in both countries
- methadone maintenance is an emerging issue in France (France recently announced a change in policy to allow maintenance)
- increased access to sterile injection equipment is an active issue in both countries. France removed an existing prescription law in the late 1980's.

Inclusion of drug issues will also reinforce the importance of this prevention component in both countries.

best

Window: 25 - 48 Lines: 49 Edit: ↑ ↓ → Help: F1 End: ENTER

KG,
THIS MESSAGE CAME TO ME
FROM T. STEPHEN JONES AT CDC
OVER INTERNET THIS AM
YOU MAY WANT TO CONSIDER
THIS IF THERE IS AN OPPORTUNITY
EUROPE, IN GENERAL, HAS BEEN
MUCH MORE ENLIGHTENED THAN
THE PROTESTANT PURITANS OF THE
U.S. OF A. BOB

INCOMING

UNCLASSIFIED

& AIDS INCOMING

AMEMBASSY PARIS

PAGE 01

STATE 090618

XMBJ28

06/2355Z

STATE 090618

XMBJ28

06/2355Z

ACTION: 1 AB (021)

INFO: USI (01) DCM (01) EXT (01) POLD (01) POL (01) MIL (01)
 INT (01) GEP (01) MNE (01) NES (01) FIN (01) SECD (01)
 TRDO (01) ECHO (01) MINO (01) AID (01) ADMO (01) SCIO (01)
 STC (01) ENGO (01) LABO (01) AMB (01) AMBE (01) IPC (01)
 SCI (01)

06/2355Z A0

(TOTAL COPIES: 027)

VZCZCTA1895FR0759 PP

RR RUEHFR

DE RUEHC #0618 0962337

06-APR-94

TOR: 23:36

ZNR UUUUU ZZH

CHRG: PROG

R 062337Z APR 94

DIST: LAB

FM SECSTATE WASHDC

TO RUEHFR/AMEMBASSY PARIS 3020

INFO RUEHSW/AMEMBASSY BERN 7570

RUEHOL/AMEMBASSY BONN 2073

RUEHBS/AMEMBASSY BRUSSELS 4256

RUEHBY/AMEMBASSY CANBERRA 0682

RUEHCP/AMEMBASSY COPENHAGEN 6258

RUEHHE/AMEMBASSY HELSINKI 5748

RUEHLO/AMEMBASSY LONDON 1868

RUEHMD/AMEMBASSY MADRID 5405

RUEHMO/AMEMBASSY MOSCOW 4896

RUEHNY/AMEMBASSY OSLO 0325

RUEHOT/AMEMBASSY OTTAWA 1623

RUEHRO/AMEMBASSY ROME 8183

RUEHSM/AMEMBASSY STOCKHOLM 7627

RUFHTH/AMEMBASSY THE HAGUE 5465

RUEHKO/AMEMBASSY TOKYO 4120

BT

UNCLAS STATE 090618

FOR POL: TDALSIME AND SCI: KBOICE

E.O. 12356: N/A

TAGS: TBIO FR SOCI KSCA

SUBJECT: APRIL 8 PARIS MEETING ON AIDS: INSTRUCTIONS FOR U.S. DELEGATES

REF: (A) 94 STATE 87416

1. A DELEGATION MEETING WAS HELD ON 4/5/94 AS FINAL PREPARATION FOR THE APRIL 8 PARIS MEETING TO DISCUSS A PROPOSED SUMMIT ON AIDS. THE TALKING POINTS IN REF. A REPRESENT THE U.S.G. POSITION FOR THE MEETING AND WILL BE USED AS NECESSARY. IN ADDITION, THE DELEGATES AGREED THAT:

-- SINCE THE U.S. DOES NOT YET HAVE A POSITION ON THE PROPOSED SUMMIT, THE U.S. DELEGATES WILL SEEK TO CHANGE THE AGENDA ITEMS ON DISCUSSIONS OF A "DRAFT DECLARATION" TO DISCUSSIONS OF A "WORKING PAPER" OR A "DISCUSSION PAPER" FOR A HIGH-LEVEL MEETING.

-- THE SUBSTANCE OF THE WORKING PAPER OR DISCUSSION PAPER WOULD BE USED TO DETERMINE THE APPROPRIATE LEVEL OF A FUTURE HIGH-LEVEL MEETING, IF ONE IS TO OCCUR.

-- IF IT IS DETERMINED AT THE APRIL 8 MEETING THAT A JUNE MINISTERIAL MEETING IS NOT APPROPRIATE, A MINISTERIAL MEETING AT A FUTURE DATE COULD BE DISCUSSED. ONE POSSIBLE DATE FOR SUCH A HIGH-LEVEL MEETING COULD BE WORLD AIDS DAY, DECEMBER 1, 1994.

-- AS HEAD OF DELEGATION, KRISTINE GEBBIE, THE NATIONAL AIDS POLICY COORDINATOR, WILL BE THE SOLE SPOKESPERSON FOR THE U.S. GOVERNMENT FOR ALL CONTACTS WITH THE PRESS.

-- U.S. DELEGATES MAY DRAW FROM THE FOLLOWING TALKING POINTS, WHICH ARE SUPPLEMENTAL TO THOSE IN REF. A:

- 0 THE UNITED STATES APPRECIATES THE EFFORTS BY THE GOVERNMENT OF FRANCE IN RAISING THE LEVEL OF ATTENTION TO THE AIDS ISSUE.
- 0 WE AGREE WITH THE FRENCH GOVERNMENT THAT AIDS IS A SERIOUS PROBLEM AND THAT DONOR COUNTRIES, IN CLOSE COLLABORATION WITH DEVELOPING COUNTRIES, SHOULD MORE EFFECTIVELY COORDINATE THEIR EFFORTS.
- 0 WE BELIEVE THAT A HIGH-LEVEL GOVERNMENTAL MEETING FOCUSING ON AIDS PREVENTION COULD BE AN IMPORTANT STEP TOWARD GREATER DONOR AND RESEARCH COORDINATION PROVIDED THE MEETING HAD DETAILED AND SPECIFIC OBJECTIVES AND ADEQUATE PREPARATION. ONCE WE AND OTHER GOVERNMENTS HAVE HAD THE OPPORTUNITY TO DEFINE WHAT IS TO BE DONE AT SUCH A MEETING, WE WOULD BE IN A POSITION TO DETERMINE THE APPROPRIATE LEVEL OF PARTICIPATION.
- 0 SINCE THERE ARE OTHER INTERNATIONAL MECHANISMS ALREADY IN PLACE OR BEING ESTABLISHED TO COORDINATE INTERNATIONAL AIDS EFFORTS, SUCH AS THE JOINT AND CO-SPONSORED U.N. PROGRAMME ON HIV/AIDS, WE WANT TO BE SURE THAT A HIGH-LEVEL MEETING, IF ONE OCCURS, WOULD COMPLEMENT EXISTING EFFORTS.

CHRISTOPHER

BT

#0618

NNNN

UNCLASSIFIED

LIMITED OFFICIAL USE

PAGE 01 TOKYO 04703 050849Z
ACTION OES-09

INFO	LOG-00	AID-01	AMAD-01	CIAE-00	C-01	OASY-00	DODE-00
	DOEE-00	EAP-01	EUR-01	HA-09	HHS-01	TEDE-00	INR-00
	IO-16	LAB-01	ADS-00	NSAE-00	OIC-02	SS-00	/043W
				-----380388	050851Z	/38	

R 050847Z APR 94
FM AMEMBASSY TOKYO
TO SECSTATE WASHDC 8668
INFO WHITEHOUSE WASHDC
AMEMBASSY PARIS
USMISSION GENEVA

LIMITED OFFICIAL USE TOKYO 04703

STATE FOR OES - SHEMOND
WHITE HOUSE FOR NATIONAL AIDS POLICY COORDINATOR GEBBIE
DEPARTMENT PASS TO AID: G/AIDS - H. GAYLE AND PPC/IDP -
N. NICHOLSON

E.O. 12356: N/A
TAGS: TBIO, OVIP, PREL, SOCI, KSCA, US, FR, JA
SUBJECT: april 8 planning meeting in paris for proposed
aids summit: further goj reaction

ref: state 87416

1. On april 5, estoff met with kenji okada, director of

limited official use
limited official use

page 02 tokyo 04703 050849z
the specialized agencies' administration division in mofa's
multilateral cooperation department, to discuss goj
reaction to the proposed april 8 meeting.

2. Okada said that although the goj has not yet received a
written invitation to the april 8 meeting in paris, messrs.
Yamamoto and nimmura, deputy-directors of the infectious
disease control division in the ministry of health and
welfare, will be sent from tokyo. Two or three officials
at the japanese embassy in paris will also attend. (Fyi:
the goj has not yet decided on whether to create the
position of a national coordinator for aids. End fyi.)

3. The goj has not yet received a copy of the draft
declaration annex, which japan views as more important
than the declaration itself because of the financial and
other concrete matters which with it deals. The goj

supports existing international aids programs, and does not want the french to create any new ones.

4. Okada said japan explicitly agrees with the second and third talking points contained in reftel para 7.

5. Dr. Yamamoto has confirmed that she will attend a working breakfast meeting on april 8 at the giverny hotel with dr. Helene gayle, and possibly other members of the u.s. Delegation.

Mondale.

Limited official use
limited official use

page 03

tokyo 04703 050849z

ACTION

LIMITED OFFICIAL USE

INCOMING
TELEGRAM

Department of State

LOU

FILE-AIDS
Summit

PAGE 01 TOKYO 03487 110503Z
ACTION QES-09

SHC0159

INFO LOG-00 AID-00 AMAD-01 CIAE-00 OASY-00 DODE-00 EAP-00
EUR-00 HHS-01 TEDE-00 INR-00 IO-16 ADS-00 MMP-00
NSAE-00 OIC-02 PER-00 SS-00 /033W

R 110502Z MAR 94
FM AMEMBASSY TOKYO
TO SECSTATE WASHDC 7486
INFO WHITEHOUSE WASHDC
AMEMBASSY PARIS
USMISSION GENEVA

LIMITED OFFICIAL USE TOKYO 03487

WHITE HOUSE FOR NATIONAL AIDS POLICY COORDINATOR GEBBIE
DEPARTMENT PASS TO AID: G/AIDS - H. GAYLE AND PPC/IDP -
N. NICHOLSON

E. O. 12356: N/A
TAGS: TBIO, OVIP, PREL, SOCI, KSCA, US, FR, JA
SUBJECT: PROPOSED FRENCH AIDS SUMMIT: FURTHER GOJ REACTION

REF: A) STATE 55275, B) TOKYO 2678

1. ON MARCH 10, ESTOFF MET WITH KENJI OKADA, DIRECTOR OF
THE SPECIALIZED AGENCIES' ADMINISTRATION DIVISION IN MOFA'S
MULTILATERAL COOPERATION DEPARTMENT, TO DISCUSS THE MARCH

7-8 VISIT TO TOKYO OF JEAN-FRANCOIS GIRARD, DIRECTOR-
GENERAL OF FRANCE'S MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH.

2. OKADA SAID GIRARD MET WITH SHUICHI TANI, DIRECTOR OF
THE HEALTH SERVICE BUREAU IN THE MINISTRY OF HEALTH AND
WELFARE (MHW) AND OTHER MHW OFFICIALS ON MARCH 7. OKADA
SAID MHW OFFICIALS TOLD GIRARD THAT MHW WAS PREOCCUPIED
WITH THE YOKOHAMA AIDS CONFERENCE AND WOULD NOT CONSIDER
PARTICIPATION AT THE JUNE AIDS MINISTERIAL IN PARIS UNTIL
AFTER A FORMAL INVITATION HAD BEEN RECEIVED. MHW OFFICIALS
ALSO REPORTEDLY SAID THAT GOJ PARTICIPATION IN THE PROPOSED
NOVEMBER 1994 AIDS SUMMIT WOULD DEPEND ON THE OUTCOMES OF
THE JUNE AIDS MINISTERIAL, THE YOKOHAMA AIDS CONFERENCE AND
A FRENCH-PROPOSED AIDS SUMMIT SHERPA MEETING IN SEPTEMBER
1994, FOR WHICH GIRARD ASKED THE GOJ TO NAME A SHERPA.

3. AT MOFA ON MARCH 8, GIRARD MET WITH ITARU UMEZU,
DEPUTY DIRECTOR-GENERAL IN THE MULTILATERAL COOPERATION
DEPARTMENT; NORIO HATTORI, DEPUTY DIRECTOR-GENERAL IN THE
ECONOMIC COOPERATION BUREAU; AND OKADA. UMEZU TOLD GIRARD
THAT MOFA ALSO WOULD NOT MAKE DECISIONS ABOUT PARTICIPATION
IN THE AIDS MINISTERIAL OR SUMMIT UNTIL AFTER FORMAL
INVITATIONS HAD BEEN RECEIVED. GIRARD ALSO REQUESTED THAT
THE PROPOSED AIDS SUMMIT BE FORMALLY ANNOUNCED AT YOKOHAMA.

4. OKADA, WITH RESPONSIBILITY AS WELL FOR THE WORLD HEALTH
ORGANIZATION (WHO), SAID HE HAS HEARD CRITICISM ABOUT THE
JUNE AIDS MINISTERIAL BECAUSE IT WOULD CLOSELY FOLLOW THE
MAY 1994 WHO MINISTERIAL, WHICH MANY HEALTH MINISTERS
PRESUMABLY INVITED TO THE AIDS MINISTERIAL WOULD ATTEND.

MONDALE

LOU

LIMITED OFFICIAL USE

NOTE TO KRISTINE GEBBIE

MAR 10 1994

Attached are copies of two cables from Embassy Paris that concern the French Summit Meeting. State 055275 is a summary of guidance supplied by the Office of Environment and Science, Science, Technology and Health to the Embassy. State 06498 outlines further information for the June Ministerial and November Summit meetings.

The French use of the term "sherpa" requires clarification. In this sense, a sherpa is the national AIDS coordinator.

The French are now requesting that the April meeting be used to work on a declaration for the November Summit. They are in the process of completing a preliminary draft of this declaration which will be sent to the sherpas.

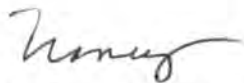
It appears that this entire production will be a two step process: 1) the sherpas, or national AIDS coordinators, will align their work around a French product for the November meeting and 2) the Ministerial meeting will receive a compilation of the January brainstorming session and prepare national papers. After discussion at the Ministerial, the sherpas will then pull together conclusions as well as an annex to the declaration prior to the Summit in November.

Although it is not stated, it is reasonable to assume that another meeting will be held prior to the November Summit and after the June Ministerial for the sherpas to consolidate their work.

The GOF does support US thinking as outlined in State 055275.

Tony Dalsimer advised me this AM that the invitations to the Ministerial are prepared and waiting for Mme Veil's signature.

If the purpose of the sherpa's meeting in April is to draft a declaration for the November summit, our involvement in the process would indicate our willingness to participate in that meeting.



Nancy A. Hazleton, MPH

3pm - Luncheon -
6:30 evening
8:20 Breakfast

UNCLASSIFIED

OUTGOING
TELEGRAMPAGE 01 OF 02 STATE 055275 041243Z
ORIGIN OES-09

SHC4032

STATE 055275 041243Z
INTERGOVERNMENTAL EXCHANGES.

SHC4032

INFO LOG-00 AID-00 AMAD-01 CIAE-00 C-01 OAS-00 EAP-00
ED-01 EUR-00 HA-09 HHS-01 TEDE-00 INR-00 IO-16
ADS-00 NEA-00 NSAE-00 NSCE-00 OIC-02 SSO-00 SS-00
SA-00 SNIS-00 NISC-02 /047R

3942

DRAFTED BY: OES/STH: SGHEMOND
APPROVED BY: OES/STH: EMALLOY
EOP/NAPO: NHAZLETON
USAID/R&D/H: HGAYLE
DHHS/PHS/OIH: LVUGEL
DHHS/OIA: DHOMAN
IO/T/HTP: NABOYER
EUR/WE: ACARSON
C: DHARWOOD
OES/ETC: RBRUNO
WHITE HOUSE/OVP: DRHODES
OES/STH: AROCK

-----2003A5 041245Z /38

O R 041244Z MAR 94
FM SECSTATE WASHDC
TO AMEMBASSY PARIS IMMEDIATE
INFO AMEMBASSY BANGKOK
AMEMBASSY BERN
AMEMBASSY BONN
AMEMBASSY BRUSSELS
AMEMBASSY CANBERRA

AMEMBASSY COPENHAGEN
USMISSION GENEVA
AMEMBASSY HELSINKI
AMEMBASSY LONDON
AMEMBASSY MADRID
AMEMBASSY MOSCOW
AMEMBASSY NEW DELHI
AMEMBASSY OSLO
AMEMBASSY OTTAWA
AMEMBASSY ROME
AMEMBASSY STOCKHOLM
AMCONSUL "DNEY
AMEMBASSY THE HAGUE
AMEMBASSY TOKYO

UNCLAS STATE 055275

E.O. 12356: N/A
TAGS: TBIO SOCI KSCA FR
SUBJECT: FRENCH PROPOSALS FOR JUNE MINISTERIAL AND NOVEMBER SUMMIT
ON AIDS
REF: (A) 94 PARIS 5307

1. SUMMARY. THE U.S.G. BELIEVES IT COULD ACCEPT A FRENCH GOVERNMENT INVITATION TO A JUNE MINISTERIAL ON AIDS PROVIDED THE FRENCH HAVE CONVINCING JUSTIFICATION FOR THE CONVENING OF THIS MEETING AND THAT IT DOES NOT DETRACT FROM OTHER ONGOING INTERNATIONAL AIDS EFFORTS. THE U.S. DOES NOT YET HAVE A POSITION ON A NOVEMBER AIDS SUMMIT. END SUMMARY.

2. DEPARTMENT APPRECIATES POST'S REPORTING ON THE FRENCH PROPOSALS FOR BOTH AN AIDS SUMMIT AND NOW THE AIDS MINISTERIAL. IN RESPONSE TO EMBASSY REQUEST, EMBASSY IS ADVISED THAT KRISTINE GEBBIE, NATIONAL AIDS POLICY COORDINATOR, WHITE HOUSE, IS THE POLICY COORDINATOR FOR THE USG ON THE FRENCH PROPOSALS. SHARON HEMOND IN THE STATE DEPARTMENT (OES/STH -- PHONE 202-647-4537, FAX 202-736-7336) IS THE WORKING LEVEL CONTACT FOR

3. EMBASSY MAY DRAW ON THE FOLLOWING TALKING POINTS IN RESPONSE TO FURTHER INQUIRIES BY GOF OFFICIALS.

-- USG OFFICIALS BELIEVE THAT A JUNE MINISTERIAL IS MORE FEASIBLE THAN A SUMMIT, AS WAS MENTIONED TO PROFESSOR GIRARD DURING HIS RECENT U.S. VISIT. WE NOTE, HOWEVER, THAT THE TIMEFRAME IS STILL SHORT TO PREPARE FOR A MINISTERIAL LEVEL MEETING IN JUNE.

-- WE WOULD LIKE TO KNOW MORE ABOUT THE GOALS AND OBJECTIVES OF THE MINISTERIAL MEETING. WHAT IS THE EXPECTED OUTCOME? WE WOULD LIKE TO REVIEW THIS INFORMATION BEFORE TAKING A FIRM POSITION ON THE PROPOSAL. WE LOOK FORWARD TO RECEIVING THE AGENDA, DRAFT DOCUMENTS, AND THE OFFICIAL INVITATION TO THE MINISTERIAL MEETING.

-- IF UNDERTAKEN, THE JUNE MINISTERIAL SHOULD SUPPORT THE OBJECTIVES OF OTHER HIV/AIDS EFFORTS ALREADY UNDERWAY, PARTICULARLY THE CO-SPONSORED U.N. PROGRAM ON HIV/AIDS AND THE TENTH INTERNATIONAL

AIDS CONFERENCE TO BE HELD IN YOKOHAMA.

-- AT THE SAME TIME, THE MINISTERIAL SHOULD SEEK TO ACHIEVE THE OBJECTIVES TO IMPROVE DONOR COORDINATION AND TO INCREASE HIGH LEVEL ATTENTION TO INTERNATIONAL AIDS ISSUES.

-- WE UNDERSTAND THAT DEVELOPING COUNTRIES AND NGOS WILL NOW BE INCLUDED IN THE JUNE MINISTERIAL. WE BELIEVE DEVELOPING COUNTRY AND NGO REPRESENTATIVES WILL MAKE A VALUABLE CONTRIBUTION TO THE MEETING.

-- WE SEE THE U.N.'S GLOBAL STRATEGY AND THE U.N.'S CO-SPONSORED PROGRAM ON HIV/AIDS AS APPROPRIATE STRUCTURES FOR COORDINATING THE INTERNATIONAL RESPONSE TO THE HIV/AIDS PANDEMIC. WE ALSO NOTE THAT THE CO-SPONSORED PROGRAM PROVIDES A VEHICLE FOR INCREASED COORDINATION OF ALL EFFORTS TO ADDRESS HIV/AIDS, INCLUDING BILATERAL PROGRAMS AND NGO EFFORTS. WE WOULD, THEREFORE, DISCOURAGE THE DEVELOPMENT OF A NEW INTERNATIONAL STRATEGY ON GLOBAL HIV/AIDS.

-- WE UNDERSTAND THAT A NEW COORDINATING MECHANISM FOR INTERNATIONAL AIDS EFFORTS MAY HAVE BEEN DISCUSSED AT THE TECHNICAL EXPERTS MEETING IN JANUARY. THE U.S. WOULD OPPOSE THE ESTABLISHMENT OF A NEW ORGANIZATION TO COORDINATE AND IMPLEMENT THE INTERNATIONAL EFFORTS ON HIV/AIDS, ESPECIALLY SINCE A NEW U.N. CO-SPONSORED PROGRAM IS ALREADY BEING DEVELOPED. WE BELIEVE THE IMPORTANT TASK

AHEAD IS TO STRENGTHEN THE COORDINATION AND PERFORMANCE OF THE EXISTING INTERNATIONAL ORGANIZATIONS. AT THE CONFERENCE, WE COULD ADDRESS ISSUES SUCH AS HUMAN RIGHTS, GENDER EQUALITY, AND POVERTY IN ORDER TO STRENGTHEN THE COORDINATION AND PERFORMANCE OF THE EXISTING INTERNATIONAL MECHANISMS AND STRATEGY.

-- WITHOUT A FULLER UNDERSTANDING OF THE GOALS OF A POSSIBLE NOVEMBER AIDS SUMMIT, THE U.S. GOVERNMENT DOES NOT NOW HAVE A POSITION ON THAT PROPOSAL. MUCH OF OUR THINKING WOULD BE DETERMINED BY THE OUTCOME OF THE JUNE MEETING.

UNCLASSIFIED

UNCLASSIFIED

OUTGOING
TELEGRAM

PAGE 02 OF 02 STATE 055275 041243Z

SHC4032

--

THE USG OFFICIAL WITH THE KEY RESPONSIBILITY FOR
COORDINATING THE USG POSITION ON THE FRENCH
PROPOSALS IS KRISTINE GEBBIE, NATIONAL AIDS POLICY
COORDINATOR AT THE WHITE HOUSE. THE WORKING LEVEL
CONTACT FOR THE INTERGOVERNMENTAL EXCHANGES IS
SHARON REMOND, OES/STH (PHONE 202-647-4537, FAX
202-736-7336).

CHRISTOPHER

UNCLASSIFIED

UNCLASSIFIED
Department of State

INCOMING
TELEGRAM

PAGE 01 PARIS 06498 082002Z
ACTION EUR-00

SHC4188

PARIS 06498 082002Z

SHC4188

IS THE REASON SOCIAL AFFAIRS MINISTER VEIL IS TRYING TO
MOBILIZE HIGH LEVEL POLITICAL OPINION, THEY CLAIM.

INFO LOG-00 AID-00 CIAE-00 C-01 OASY-00 DODE-00 EAP-00
EB-00 ED-01 HA-09 HHS-01 H-01 TEDE-00 INR-00
IO-10 LAB-01 L-00 ADS-00 NSAE-00 NSCE-00 OES-09
OIC-02 OMB-01 PA-02 PM-00 PRS-01 P-01 SCT-03
SNP-00 SP-00 SS-00 TRSE-00 T-00 USIE-00 PMB-00
/055W

4. THE FOREGOING IS FROM MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS
OFFICIALS. WE HAVE NOT YET SPOKEN TO THE MINISTRY OF
FOREIGN AFFAIRS, BUT ARE SENDING THIS MESSAGE BEFORE
DOUSTE-BLAZY DEPARTS WASHINGTON.
HARRIMAN

-----207402 090051Z /38

R 081958Z MAR 94
FM AMEMBASSY PARIS
TO SECSTATE WASHDC PRIORITY 0982
INFO ALL EUROPEAN COMMUNITY POST COLLECTIVE
USMISSION GENEVA
USMISSION USUN NEW YORK
AMEMBASSY STOCKHOLM
AMEMBASSY TOKYO

UNCLAS PARIS 06498

PASS WHITE HOUSE FOR VICE PRESIDENT AND CHRISTINE
GEBBIE

E.O. 12256: N/A
TAGS: SOCI, TBIO, ELAB, FR
SUBJECT: FRENCH PROPOSALS FOR JUNE MINISTERIAL AND
- NOVEMBER SUMMIT ON AIDS

REF: STATE 55275

1. WE PRESENTED THE REFTEL TALKING POINTS TO THE
MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS MARCH 8, AND RECEIVED
ADDITIONAL CLARIFICATION ON THE JUNE MINISTERIAL AND
GOF THINKING CONCERNING THE SUMMIT PROCESS. THEIR
PLANNING CONTINUES TO EVOLVE, SO THE APRIL EXPERTS'
MEETING HAS BEEN CANCELLED IN FAVOR OF WHAT THE FRENCH
ARE CALLING AN APRIL 8 SHERPAS' MEETING TO WORK ON A
DECLARATION FOR THE NOVEMBER SUMMIT. A PRELIMINARY
DRAFT OF THE TWO PAGE DECLARATION IS BEING FINALIZED
AND WILL BE SENT TO SHERPAS AS SOON AS POSSIBLE.

2. THE JUNE 17 MEETING WILL INCLUDE MINISTERS FROM
SEVENTEEN "RICH" AND SEVENTEEN "POOR" COUNTRIES,
REPRESENTATIVES FROM U.N. AGENCIES (WHO, UNESCO,
UNICEF, UNDP, AND UNPF), THE EUROPEAN UNION, COUNCIL OF
EUROPE, IBRD, AND FOUR OR FIVE INTERNATIONALLY
RECOGNIZED NGO'S. ALL PARTICIPANTS WILL RECEIVE A
TWENTY PAGE DOCUMENT, WHICH IS BEING DRAFTED FROM
CONCLUSIONS OF THE JANUARY "BRAINSTORMING" SESSION.
THE DRAFT SHOULD BE COMPLETED THIS MONTH AND
TRANSMITTED TO PARTICIPANTS WELL IN ADVANCE, SO THEY
CAN PREPARE NATIONAL PAPERS. THE JUNE MEETING WILL
DISCUSS THE BASE DOCUMENT AND NATIONAL/NGO
CONTRIBUTIONS, WHICH WILL SUBSEQUENTLY BE SENT TO
SHERPAS. THE GOF ENVISAGES THE SHERPAS THEN PULLING
TOGETHER CONCLUSIONS AND DRAFTING AN ANNEX TO THEIR
PREVIOUSLY AGREED TWO PAGE SUMMIT DECLARATION.

3. AS WE POINTED OUT IN TELCON TO OES ON MARCH 7,
HEALTH MINISTER DOUSTE-BLAZY AND STAFFER WILL BE IN

WASHINGTON THROUGH MARCH 8, IF DEPARTMENT WISHES TO
RAISE ANY OF ITS CONCERNS. PROF. GIRARD ALSO IS OUT OF
TOWN FOR THE WEEK. OUR INTERLOCUTOR INDICATED THAT GOF
THINKING BASICALLY TRACKS THAT OF REFTEL IN THAT FRANCE
BELIEVES THE MINISTERIAL SHOULD SUPPORT OTHER EFFORTS
NOW UNDERWAY, INCLUDING YOKOHAMA. THE GOF ALSO OPPOSES
ANY NEW STRATEGY OF INTERNATIONAL STRUCTURES,
PREFERRING TO STRENGTHEN CURRENT EFFORTS AND
INTERNATIONAL ORGANIZATIONS. THIS VERY STRENGTHENING

UNCLASSIFIED

Street Address:

1601 N Kent Street, Room 1200
Arlington, VA 22209
Phone: 703-875-4726
FAX: 703-875-4686



Mailing Address:

Room 1200, SA-18
Washington, DC 20523-1817

Agency for International Development Office of Health

Bureau for Research and Development

To: Kristine HelbieFrom: Helene GaylePhone: 202 632-1090FAX: 202 632-1096

Number of pages (including cover sheet): _____



MESSAGE:

JAN 31 1994

Greetings,

Attached is a brief summary of the meeting in Paris last week. It seems like this would be a good time to have another interagency meeting to discuss the Paris Summit especially before the Feb 24-28 meetings with Gerard and LeClerc. I'm concerned that there really isn't yet an official focal point for this. I think it would ~~be~~ make the most sense for you to be the convener of a meeting to discuss this since it is an interagency issue. What do you think? I'm happy to help in any way.

Robert Clay
Acting Deputy Director

Bob Wrin
Acting Director

Helene
Pamela Johnson
Acting Associate Director

R&D/H/HIV-AIDS
Helene Gayle, Chief

Jim Shepperd, Acting Chief

R&D/H/CD
Lloyd Feinberg, Acting Chief

R&D/H/RSCU

R&D/H/HSD
Mary Ann Anderson, Acting Chief

Note to the record**Summary of January 27-28 Meeting on the Proposed
Heads of Governments AIDS Summit**

Purpose: The meeting was an informal consultation of people with expertise in HIV/AIDS to provide initial input and share ideas about the proposed AIDS summit.

Representation: Approximately 50 people from the following countries and organizations attended: Canada, Cameroon, Cote d'Ivoire, Congo, European Community, England, France, Haiti, Netherlands, Sweden, Switzerland, United States; WHO/GPA, World Bank, UNICEF, Red Cross. Participants were invited for their professional expertise and not as official government or organizational representatives.

Content: Three specific areas were addressed 1) strategic approaches for confronting the HIV/AIDS epidemic and obstacles to the success of a global strategy, 2) operational organization of the global effort, and 3) financial needs. Participants were divided into 3 working groups to provide input on these issues. A diversity of ideas and opinions were expressed that will be summarized in a more detailed report. There was general agreement that 1) a global strategy must address both long-term (eg. status women, discrimination, human rights, drug addiction) and short-term (eg. access to information, increasing the supply of condoms, treatment of other sexually transmitted diseases, blood safety, treatment of tuberculosis, medical and social care for HIV-infected persons) causes and consequences of HIV/AIDS, 2) political commitment by both developed and developing countries is critical, 3) improving the response to the HIV/AIDS epidemic will positively affect other public health problems, 3) a better coordinated effort is needed and mechanisms for coordinating efforts at the international and the country level are necessary, 4) a sustained financial commitment on the part of developed countries for helping developing countries in their efforts to prevent HIV and provide care for HIV-infected persons is needed, and 5) donor countries should try to have policies within their own countries that are consistent with policies they advocate for in developing countries.

Next steps: The output from this meeting will be used to frame the agenda for the next meeting, April 7 and 8. This will be a larger meeting to set the final agenda for the summit and will include representatives from developed and developing countries, NGOs and the UN organizations. Governments will be asked to designate representatives to participate in this meeting. The developed countries to be invited include: Australia, Belgium, Canada, Denmark, France, Finland, Germany, Italy, Japan, Netherlands, Norway, Russia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom, and United States.

It is anticipated that the invitation from Prime Minister Balladur to Vice President Gore and the other government leaders will go out this week as soon as the date for the summit meeting is finalized. The proposed date is still June 17, 1994.

Mr. Christophe Le Courtier, Advisor to the Minister of State for Health and Social Affairs and Professor Jean Francois Girard, Director General of Health will be in Washington February 7 and 8 to discuss the summit with USG officials.

Conclusions: This preparatory meeting was a useful first step in developing a more concrete idea about the content of the proposed summit. It is clear that a tremendous amount of work remains if the June summit is going to be successful in mobilizing political commitment, better coordination and more resources for the global HIV/AIDS effort. The USG, as the largest bilateral contributor to international HIV/AIDS activities, could benefit considerably if this summit is effective in encouraging other countries to provide more support, complementing our already overstretched resources. Because of its leadership role in this area and in general, great importance is attached to the USG participation in this summit.

Helene Gayle

03/08/94 10:41

202 690 7560

HHS NAPO

001



750 17th Street, N.W. Suite 1060
Washington, D.C. 20500

Phone: (202)690-5560

Fax: (202)690-7560



Deliver To: Kristine Andrews

Sent From:

Kristine Gebbie, RN, MN, National AIDS Policy Coordinator

Nancy A. Hazleton, MPH, CHES

Global Issues Coordinator

Number of Pages: 8 + Cover Fax Number: 632-1096 Date: March 8, 1994

Message:

*Attached are Qs & As for Tim Wirth's testimony
today.*

*from Senate Approp.
Foreign Ops meeting
afternoon. Hearing
today.
These are potential
Questions*

Nara Haxita

Q: Describe for us your efforts in developing a U.S. international AIDS strategy.

A: I have pulled together two large meetings to discuss the possibility and the need for developing a comprehensive AIDS strategy. In both meetings there was an enthusiastic response about the need for development of such a strategy. The first meeting was with non-governmental representatives and Congressional staffers. AIDS activists, private sector representatives and representatives from health care delivery organizations present endorsed the plan and offered their support in the process. The second meeting was with senior level USG officials from the Departments of State, Education, HHS, Defense, USAID, the Peace Corps, and the intelligence community as well as Kristine Gebbie, the National AIDS Policy Coordinator. Our focus will be to define what the obstacles are in effectively combatting global AIDS, what is the U.S. doing now to overcome the obstacles, and what can the U.S. do better? We are focussing on five specific areas and have a working group for each:

- Scientific cooperation
- Prevention strategies
- Mechanisms involving U.S. foreign policy
- Security issues, including military as well as economic interests
- Donor coordination

Our goal will be to develop a document on which all USG agencies can agree.

Q: How did you determine the five specific areas of focus?

A: By listening to the concerns of the USG officials and the NGOs.

Q: What was the driving force behind your decision to undertake this process?

A: In dealing with global issues, it has become readily apparent to me that a number of issues are intimately related, such as population, health and the environment. The AIDS issue is particularly striking since it can devastate and is devastating certain economies and societies. When asked what is the U.S. policy on AIDS, I found that, in fact, we have no comprehensive international policy. We have certain initiatives which address the issue, most notably our support for the World Health Organization's efforts on AIDS, ^{through C-PA} but we need a single document which can be used as a guide as the U.S. enters into foreign policy decisions. Kristine Gebbie, the National AIDS Policy Coordinator, and I have had discussions on this topic. She supports this process fully.

Second, as the AIDS pandemic progresses, and it will, the U.S. will need to have a clear policy on how it will handle the AIDS issue. The French proposal to host a Ministerial meeting on this topic is the most obvious example at this time. The U.S. could support a Ministerial meeting providing it does not

conflict with other important international AIDS efforts already underway, such as the U.N.'s co-sponsored program on AIDS and the Tenth International Conference on AIDS in Japan. In addition, we would expect that if an AIDS Ministerial does occur, it should consider human rights, women's issues and poverty as they relate to AIDS.

In fact, today I met with the French Minister of Health to discuss these concerns and ideas about the proposed Ministerial.

Q: Don't we already have a global strategy in the form of WHO's global strategy, to which the U.S. has contributed?

A: Yes, the global strategy of the WHO is a cornerstone of our thinking and yes, the U.S. did contribute to its development. That global strategy is designed to serve as the basis on which countries may draw up their own national plans. This is in fact what we are doing domestically under Kristine Gebbie's direction. In formulating a comprehensive U.S. strategy on the international dimension of AIDS, we are taking this one step further. We are asking how can we use U.S. contributions in a number of areas to encourage other countries to do more themselves?

Q: What is the progress of the working groups so far?

A: During the two weeks after the meeting, the groups have taken shape and have identified the themes which they will cover. Most of the groups will meet for the first time this week to begin drafting their portion of the strategy. We are aiming for a completion date of early April, although we recognize this may be optimistic. By that time we expect to have an overall outline with at least some of the sections completed.

Q: Will NGO's participate in the development of the strategy?

A: Yes, we feel that NGO's have an important role in this process. We have suggested to each working group chair that they give the relevant NGO's opportunities early on to comment on the strategy.

Q: How will the international strategy relate to our domestic strategy?

A: We are aiming for consistency between the two strategies. We readily acknowledge that there remain some unanswered questions affecting the domestic strategy, especially regarding immigration. Kristine Gebbie and I are in contact on those issues.

Q: USAID is cutting back its budget for AIDS. What does this mean for the comprehensive strategy?

A: As we are well aware, USAID programs are facing budget cuts across-the-board. Funding for AIDS programs has not been reduced as dramatically as most other areas of USAID efforts. Still, I believe that we should work toward consistent funding of HIV/AIDS programs over the coming years.

As far as the comprehensive strategy goes, it could very well be that US agencies will agree that an important guiding principle is consistency of efforts. The strategy could become one means by which we can agree on that premise.

On restructuring the Global Programme on AIDS:

Q: What is the U.N. system doing to improve delivery of AIDS control and prevention programs?

A: Six agencies of the UN system are moving toward creation of a joint UN program on AIDS. The copponsors would be WHO, UNICEF, UNDP, UNESCO, UNFPA, and the World Bank.

The USG strongly supports this effort. We believe that a cosponsored program, administered by WHO in Geneva, will greatly improve the UN system program delivery in the countries affected by the AIDS pandemic. IDGs will benefit greatly from this initiative; they strongly support it.

The proposal recognizes that AIDS is a multisectoral problem. It requires attention not simply of the ministry of health but also the ministries of finance, development, education, ^{defense} and others. Under this proposal, a multisectoral plan to combat AIDS will be created for each country, duplication will be eliminated, and all UN system agencies will be challenged to do more.

In January 1994, the WHO Executive Board endorsed this proposal. In February, the UNDP Executive Board asked UNDP to treat negotiation of this program with urgency. We expect that the governing bodies of the other concerned agencies will address the program during the Spring of 1994, and that ECOSOC will endorse the program in July. We are hopeful that it will be operational in early 1996.

Q: The World Health Organization's Global Programme on AIDS is currently being re-structured. Is this a step in the right direction?

A: Absolutely. The now co-sponsored program means that all interested UN agencies will have a stake in the program, not just the World Health Organization. This is entirely consistent with our thinking that AIDS is not just a health issue -- it is a social, economic, ^{primary} and development issue and should be tackled as such. Now agencies such as UNDP and UNICEF will have a voice in implementing programs without duplication of effort. The U.S. has been supportive of this change and should remain so.

Q: Doesn't this just add another layer of bureaucracy?

A: No, this is simply a consolidation of existing activity under one administration. For countries suffering from AIDS, this will lead to one consolidated UN-system plan, and this should make it much easier for national governments to deal with the UN system agencies. Also, in a time of shrinking budgets, we feel that coordination of efforts and avoiding duplication of efforts is our main task.

Q: What is the status of this change?

A: The governing boards of each of the co-sponsoring agencies will be voting on this proposal this Spring and we are hoping that the Economic and Social Council (ECOSOC) will endorse the plan during the summer. If all goes as the U.S. would like, the co-sponsored program could be up and running in a year.

Q: Will human rights be considered in the new AIDS program?

A: The U.S supports the concept of including the coordination of human rights in the new co-sponsored program and we are sure this will be done.

PROPOSALS FOR ACTION

This document groups a series of proposals illustrating in a concrete manner the various paragraphs contained in the draft Declaration.

These proposals are to be read from a treble viewpoint :

- they would apply - when this is not already the case - for the definition of the national policies of the main contributor countries,
- they would serve as a guiding instrument for the cooperation programmes and international aid of these same countries,
- they would show the direction in which the recipient countries could guide their own national policies.

Pursuant to the first two sections of the draft Declaration and to promote the acknowledgement and acceptance of the gravity of the situation, while combating ignorance and fear the heads of government could use the platform and the power of persuasion their position grants them in order to **mobilize all the conveyors of opinion.**

The latter would help in convincing all of society that the epidemic really is a problem justifying the greatest concern.

- Proposal no. 1 : mobilize the **political class** by giving rise to a parliamentary debate on AIDS each year.
- Proposal no. 2 : mobilize **company managers** by persuading the managers of public companies and large multinational companies.
- Proposal no. 3 : mobilize the institutions concerned, **local authorities, municipalities and health professionals**, to encourage those in charge to set up active twinning with their counterparts in the South.
- Proposal no. 4 : publicly acknowledge, in this new collective awareness, the exemplary role of **associations** and especially associations of persons carrying the virus.

- Proposal no. 5 : mobilize the **media** by organizing a press conference each year on the occasion of the 1st December - the world day of the fight against AIDS - to affirm in one voice the gravity of the situation to the media with a large national and international audience

Pursuant to the commitments (last section) of the draft Declaration :

"do our utmost to raise accessibility to the existing drugs attenuating the effects of the disease"

- Proposal no. 6 : endeavour to **lower even more the cost** of sheaths, diagnostic tests, drugs, and basic medical equipment for the poorest countries by **strengthening the grouped purchasing procedures** already tried out by the WHO and UNICEF, and with help from manufacturers.

"Introduce a resolute and bold prevention policy making use of all the means to raise the level of information of populations on the disease and the means of protection against it, by implementing all possible means of social mobilization while respecting cultural diversities"

- Proposal no. 7 : encourage **behaviour involving the least risk** : being faithful, abstinence, use of sheaths (while respecting cultural specificities).
- Proposal no. 8 : encourage **research into the social and behavioural aspects of AIDS** which will help decision-makers to conduct in a better manner communication, information and prevention campaigns.
- Proposal no. 9 : **suppress obstacles**, notably legislative and regulatory ones against :
 - advertizing on **sheaths**,
 - the sale and/or distribution of sheaths (notably in establishments receiving youths),
 - and where the problem arises, the free sale of **syringes** and/or syringe exchange programmes (for drug addicts),

- Proposal no. 10 : improve **information** for all the population by :
 - helping **companies** and municipalities to provide information sessions,
 - helping **schools** to give information sessions during class hours,
 - integrating AIDS control action in family planning programmes, maternity hospitals and paediatrics departments, and in all health programmes in which women, mothers and youths can be reached.
- Proposal no. 11 : encourage and make accessible personalized counselling and **voluntary screening**, respecting confidentiality, and bearing in mind that this screening action must always be followed by the announcement of the results to each of the persons tested.
- Proposal no. 12 : improve the **psycho-social support and medical treatment** for affected persons by :
 - creating, inside and outside hospitals, **structures to treat and to support from the psycho-social viewpoint** infected persons (notably women and youths),
 - helping **local associations** of women, youths and persons carrying the virus,
 - taking account of the problems of **children of infected parents**.
- Proposal no. 13 : encourage research into **specific preventive means which women and youths could easily use** (vaginal virucides, contraceptive caps, sheaths of an adapted size, etc ...).

"combat any form of discrimination against HIV infected persons and associate representatives of these persons in the definition and implementation of actions or measures which will be taken in their respect"

- Proposal no. 14 : strengthen the **legislative and regulatory measures** ensuring strict respect for fundamental human rights, the first step to be taken being to get legislative provisions adopted to protect in particular :

- the privacy of people's lives and medical secrecy,
- non discrimination for access to school, university, work, housing, insurances, treatment, etc ...
- freedom of movement for infected persons.

"raise our aid, notably financial, for the most affected developing countries, a direct expression of our solidarity for them, and mobilize other contributors for this purpose"

- Proposal no. 15 : set up **world coordination procedures** for financing including the multilateral and bilateral funds.
- Proposal no. 16 : **diversify** the sources of **financing** by encouraging the collection of private funds from individuals or companies.

"harmonize our bilateral aid programmes in the area of HIV-AIDS control and regularly assess the actions undertaken"

- Proposal no. 17 : organize an **annual meeting of the group of main contributors of international aid**.

These meetings should enable **sharing the roles** between the operators, assessing action and studying follow-up work.

- Proposal no. 18 : organize **round tables analyzing the needs of individual countries** (especially the poorest) and defining intervention programmes for a precise duration after which a joint evaluation would enable determining the results and launching the next stage in terms of the **successes and shortcomings**.

- Proposal no. 19 : integrate the AIDS component in **development aid actions**, notably **education programmes**, and raise the importance of these health actions in **all cooperation programmes**.

"facilitate the effective access of developing countries to the instruments currently available in the area of prevention and treatment of HIV infection, and also the future instruments, notably a possible vaccine"

- Proposal no. 20 : strengthen the coordination of the **indispensable clinical research** and set up an **international code of ethics** stating notably the duties of operators towards patients participating in a clinical or therapeutical test. Patients are to continue to have access to a product having demonstrated acceptable efficiency compared with any risks of adverse effects.

- Proposal no. 21 : **help the developing countries which do not have the means to buy the essential drugs (and even less the means to buy antiviral drugs such as AZT)** by encouraging manufacturers to make efficient products available and accessible as soon as possible in the developing countries where the clinical and therapeutic trials are being conducted to demonstrate their efficiency, and also in the other countries stricken by the pandemic.

"support the joint programme sponsored by the United Nations on HIV infection and AIDS"

- Proposal no. 22 : Support **global intervention strategies** pursuant to the strategy adopted by the UN Economic and Social Council, in the framework of AIDS control programmes.

The following proposals cannot be connected with any given paragraph of the Declaration :

- Proposal no. 23 seek the best integration of actions and notably integration of the fight against **AIDS** with that against **S.T.D. and tuberculosis**. Beyond this joint AIDS/S.T.D./Tuberculosis action, promote integration of these programmes in multi-purpose health and treatment structures (dispensaries, maternity hospitals, ...).

- Proposal no. 24 : develop **transfusion security** programmes

- Proposal no. 25 : develop **medical injection security** programmes.

1. Goal

on Dec 1

By Dec. 1 1994, reach a political commitment to a practical plan which will enhance, complement the global HIV effort, the UN program, in the most important areas of concern culminating in a political meeting of the highest level. on Dec 1 1994.

(among developed & developing countries)

appropriate

The areas of concern are :

-
-
-
-
-

17/18

in Paris

2. In June, a working meeting of developed and developing countries and NGO/ IGO's will gather to draft a first version of action plans in each area of concern .

Countries are encouraged to send to this meeting ministers or ^{other} representatives with sufficient knowledge and authority to consider these areas of concern in the broadest possible perspective and lay the ground work for the desired high level commitment (or meeting)✓

3. Assuming that today we identify the priority areas of concern, the countries here will begin drafting and sharing materials to propose statements which can be the basis of discussion in June.

The government of France is the organizer of this process which will go forward with the cooperation of WHO as secretariat for the UN co-sponsored program on HIV/AIDS in order that actions be consistent with the Joint Collaborative Program ^{interagency working group developing the} _{& cosponsored}

other possible dates -
23 of Nov unspecified

**Meeting of coordinators in charge of preparing
the meeting of Heads of Government
on the international mobilization against AIDS**

Paris, 8th April 1994

**International Conference Centre
19, Avenue Kléber
(Room 3)**

Programme

- **9:30 - 11:15** : Beginning of the works. Opening by the Chairman,
Ambassador Michel LUNYEN
 - * Description of the procedures leading to the meeting of the end of
November ;
 - * Report by Professor Jean-François Girard, Director-General of Health,
on the meeting of experts of the 27th and 28th January.
- **11:15 - 11:30** : Coffee break.
- **11:30 - 13:00** : Free discussion on the priority themes to be chosen.
- **13:00** : Lunch at the International Conference Centre offered by the
French delegation.
- **15:00** : Resumption of the works :
 - * Examination of the draft declaration ;
 - * Examination of an action programme.
- **16:30 - 16:45** : Coffee break.
- **16:45 - 19:00** : Resumption of the works :
 - * Pursuit of examination of the declaration text
 - * Approval of the schedule of the forthcoming meetings.

* *

*

Sommet des Chefs de gouvernement pour renforcer la lutte contre le Sida

Paris, novembre 1994

Liste des invités

*Allemagne
Australie
Belgique
Canada
Danemark
Espagne
Etats-Unis
Finlande
France
Italie
Japon
Norvège
Pays-Bas
Royaume-Uni
Russie
Suède
Suisse*

Secrétariat Général des Nations Unies

*Sommet des Chefs de gouvernement
pour renforcer la lutte contre le Sida*

*Conférence ministérielle
Santé - Sida - Développement
Plaidoyer pour une mobilisation générale*

Paris, 17 & 18 juin 1994

Liste des participants

Pays

*Allemagne
Australie
Belgique
Canada
Danemark
Espagne
Etats-Unis
Finlande
France
Italie
Japon
Norvège
Pays-Bas
Royaume-Uni
Russie
Suède
Suisse*

*Bahamas
Brésil
Burundi
Cambodge
Cameroun
Chine
Côte d'Ivoire
Djibouti
Inde
Indonésie
Maroc
Mexique
Ouganda
Philippines
Roumanie
Rwanda
Tanzanie
Thaïlande
Vietnam
Zambie
Zimbabwe*

Commission de l'Union européenne

Organisations Internationales

**Banque Mondiale
Conseil de l'Europe
FNUAP
OCDE
OMS
PNUD
UNESCO
UNICEF**

Organisations Non Gouvernementales

**Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+)
International Coalition of AIDS Service Organizations
(ICASO)
Coalition pour une Politique Globale contre le Sida
AIDS Coordination Group**

PROJET DE DECLARATION

Nous, Chefs de Gouvernements des 17 pays industrialisés les plus impliqués dans la lutte contre le SIDA, réunis à Paris en novembre 1994.

CONSCIENTS

- de la gravité du SIDA, maladie contre laquelle, malgré les efforts déployés par la recherche médicale, nous ne disposerons pas avant de longues années d'un traitement et d'un vaccin réellement efficaces,

- de la propagation très rapide de l'infection par le VIH, qui ne connaît aucune frontière, n'épargne aucun continent, frappe ou frappera tous les pays et mérite ainsi le nom de pandémie,

- des souffrances physiques, morales et sociales que la maladie inflige à l'individu, et en particulier des intolérables atteintes aux droits de la personne qu'elle entraîne trop souvent,

- des dégâts souvent irréparables qu'elle cause à la famille, et aux solidarités sociales dont elle brise le cadre,

- de la situation dramatique dans laquelle se trouvent de très nombreux enfants victimes directes de la maladie ou frappés dans leur famille,

- des ravages qu'elle provoque dans les sociétés, parfois parmi les plus pauvres, dont elle touche les forces vives et dont elle entrave ainsi davantage le développement économique et social,

.../...

- des vulnérabilités particulières de la femme à l'infection par le VIH et qui confèrent à la pandémie une gravité supplémentaire,

- de ce que, l'infection par le VIH menace la famille humaine tout entière, et l'atteint dans sa dignité,

AFFIRMONS SOLENNELLEMENT

- notre responsabilité politique dans la lutte contre un fléau planétaire, désormais une question prioritaire, du ressort direct des gouvernements eux-mêmes et qui doit être traitée comme telle, au plus haut niveau, par chacun d'entre nous mais aussi par tous les gouvernements,

- notre devoir de solidarité envers les pays qui sont et seront les plus frappés par l'épidémie et qui sont précisément ceux dont les besoins sont les plus grands,

- notre refus de céder à tout fatalisme dans la lutte contre le SIDA et notre certitude qu'en adoptant les mesures de santé publique et les politiques d'information et de prévention nécessaires la pandémie peut être enrayée et réduite,

- notre détermination à ce qu'en toutes circonstances la plénitude des droits imprescriptibles des personnes atteintes ou vivant avec le virus soit respectée, y compris celui de l'accès aux soins,

- notre détermination à rappeler le devoir absolu des autorités responsables de mettre tous les moyens possibles en oeuvre pour donner aux personnes atteintes un accès aux soins,

- notre conviction que seule une approche globale médicale, sociale et économique de la pandémie est à même de permettre une réponse adaptée aux défis qu'elle pose,

- notre conviction qu'une action internationale concertée, de grande ampleur et soutenue dans le temps permettra également d'endiguer la pandémie de SIDA,

- notre détermination à renforcer la capacité globale de réponse des systèmes de prises en charge publics et privés au défi que lui pose la pandémie,

- notre attachement à l'action et au travail accomplis par les acteurs non gouvernementaux, dont le rôle irremplaçable devra, à l'avenir être conforté,

NOUS ENGAGEONS

- à mettre en oeuvre, les mesures adoptées dans le programme d'action joint à cette déclaration,

- à tout faire pour accroître l'accessibilité des médicaments existants qui permettent d'atténuer les effets de la maladie,

- à mettre en oeuvre une politique résolue et hardie de prévention qui fasse appel à tous les moyens permettant d'accroître l'information des populations sur la maladie, les moyens de s'en prémunir, en mettant en oeuvre tous les moyens possibles de mobilisation sociale dans le respect des diversités culturelles,

- à lutter contre toute forme de discrimination envers les personnes infectées par le VIH et à associer des représentants de ces personnes à la définition et à la mise en oeuvre des actions ou des mesures qui seront prises les concernant,

- à accroître notre aide notamment financière envers les pays en voie de développement les plus atteints, expression directe de notre solidarité envers eux, et à mobiliser d'autres contributeurs à cette fin,

- à harmoniser nos programmes d'aide bilatéraux en matière de lutte contre le VIH-SIDA, ainsi qu'à évaluer régulièrement les actions entreprises,

- à favoriser l'accès effectif des pays en voie de développement aux instruments actuellement disponibles en matière de prévention et de traitement de l'infection par le VIH, mais aussi aux instruments à venir et, en particulier, à un éventuel vaccin,

- à soutenir le Programme commun co-parrainé des Nations Unies, sur le VIH et le SIDA.

DRAFT DECLARATION

We, the heads of government of the 17 industrialized countries most involved in the fight against AIDS, meeting in Paris in November 1994.

AWARE

- of the gravity of AIDS, a disease against which we will not have really efficient treatment and vaccine before many years despite the efforts made by medical research ,

- of the very rapid spread of HIV infection which knows no frontiers, spares no continent, strikes or will strike all countries and is therefore rightly called a pandemic,

- of the physical, moral and social sufferances the disease inflicts on people, and notably the intolerable violations of human rights is too often entails,

- of the often irreparable damage it causes the family and social solidarities which it undermines,

- of the dramatic situation in which very many children find themselves, direct victims of the disease or stricken in their family,

- of the ravages it is causing in societies, sometimes among the poorest, whose people it is killing in the prime of their life thereby further hindering economic and social developpment,

- of the special vulnerabilities of women to HIV infection and which grant the pandemic additional gravity,

- of the fact that HIV infection is threatening all of mankind and wounds human dignity

SOLEMNLY AFFIRM

- our political responsibility in the fight against a planetary plague, henceforth a priority issue, within the direct responsibility of the governments themselves and which must be treated as such at the highest level by each and everyone of us and also by all governments,

- our duty of solidarity towards the countries which are and will be the most affected by the epidemic and which are precisely those whose needs are the greatest,

- our refusal to yield to any fatalism in the fight against AIDS and our certitude that by adapting the public health measures and the necessary information and prevention policies, the pandemic can be checked and reduced,

- our determination that in all circumstances every single inalienable right of persons with the disease or carrying the virus should be respected, including the right of access to care,

- our determination to stress the absolute duty of the responsible authorities to implement all possible means so that persons affected have access to care,

- our conviction that only a global medical, social and economic approach to the pandemic will provide an answer adapted to the challenges it raises,

- our conviction that concerted and large scale international action sustained over a length of time will also help to check the AIDS pandemic,

- our determination to strengthen the global capacity of the public and private systems paying or reimbursing medical expenditure in order to provide an answer to the AIDS challenge,

- our attachment to the action and work accomplished by the non governmental actors whose irreplaceable role will have to be reinforced in the future .

WE UNDERTAKE

- to implement the measures adopted in the action programme attached to this declaration,
- to do our utmost to raise accessibility to the existing drugs attenuating the effects of the disease,
- to introduce a resolute and bold prevention policy making use of all the means to raise the level of information of populations on the disease and the means of protection against it, and by implementing all possible means of social mobilization while respecting cultural diversities,
- to combat any form of discrimination against HIV infected persons and to associate representatives of these persons in the definition and implementation of actions or measures which will be taken in their respect ,
- to raise our aid, notably financial, for the most affected developing countries, a direct expression of our solidarity for them, and mobilize other contributors for this purpose,
- to harmonize our bilateral aid programmes for HIV-AIDS control, and regularly access the actions undertaken,
- facilitate the effective access of developing countries to the instruments currently available in the area of prevention and treatment of HIV infection, and also the future instruments, notably a possible vaccine,
- support the joint programme sponsored by the United Nations on HIV infection and AIDS.

*

PROPOSITIONS D'ACTIONS

Le présent document rassemble une série de propositions qui viennent illustrer concrètement les différents articles contenus dans le projet de Déclaration.

Ces propositions doivent être lues dans une triple perspective:

- elles s'appliqueraient - lorsque ce n'est pas déjà le cas - pour la définition des politiques nationales des pays les plus importants contributeurs,

- elles serviraient d'instrument d'orientation pour les programmes de coopération et d'aide internationale de ces mêmes pays,

- elles montreraient la direction vers laquelle les pays récipiendaires pourraient orienter leurs propres politiques nationales.

*

*Conformément aux deux premiers chapitres du projet de Déclaration, et pour promouvoir la reconnaissance et l'acceptation de la gravité de la situation, en combattant l'ignorance et la peur, les chefs de gouvernements pourraient utiliser la tribune et le pouvoir de persuasion que leur confère leur position pour **mobiliser tous les relais d'opinion.***

Ceux-ci aideraient à convaincre l'ensemble de la société que l'épidémie est réellement un problème justifiant la plus grande inquiétude.

☛ *Proposition n° 1:* mobiliser la **classe politique** en suscitant un débat parlementaire sur le SIDA, chaque année.

☛ *Proposition n° 2:* mobiliser les **chefs d'entreprise** en intervenant auprès des dirigeants des entreprises publiques et des grandes entreprises multinationales.

☛ **Proposition n° 3:** mobiliser les **institutions concernées, collectivités locales, municipalités, et professionnels de santé** pour encourager leurs responsables à établir des jumelages actifs avec leurs homologues du Sud.

☛ **Proposition n° 4:** reconnaître publiquement le rôle exemplaire des **associations** et particulièrement des associations de personnes vivant avec le virus, dans cette prise de conscience collective.

☛ **Proposition n° 5:** mobiliser les **médias** en organisant chaque année une Conférence de presse à l'occasion du 1er décembre - journée mondiale de lutte contre le SIDA - pour affirmer de concert, auprès des médias à grande audience nationale et internationale, la gravité de la situation.

Conformément aux engagements (dernier chapitre) du projet de Déclaration:

" à tout faire pour accroître l'accessibilité des médicaments existants qui permettent d'atténuer les effets de la maladie "

☛ **Proposition n° 6:** s'efforcer de **baisser encore le coût** des préservatifs, tests diagnostics, médicaments, matériels médicaux de base, pour les pays les plus démunis grâce à un **renforcement des mécanismes d'achats groupés** déjà expérimentés par l'OMS et par l'UNICEF et avec le concours des industriels.

" à mettre en oeuvre une politique résolue et hardie de prévention, qui fasse appel à tous les moyens permettant d'accroître l'information des populations sur la maladie, les moyens de s'en prémunir, en mettant en oeuvre tous les moyens possibles de mobilisation sociale, dans le respect des diversités culturelles "

☛ **Proposition n° 7:** encourager les comportements à moindre risques, tels que fidélité, abstinence, utilisation des préservatifs (en respectant les spécificités culturelles)

☛ **Proposition n° 8:** encourager la **recherche socio-comportementale** qui aidera les décideurs à mieux guider les actions de communication, d'information et de prévention.

☛ **Proposition n° 9:** **supprimer les obstacles**, notamment législatifs et réglementaires, à:

- la publicité pour les **préservatifs**,
- la vente et/ou la distribution de préservatifs (notamment dans les établissements accueillant les jeunes),
- et là où le problème se pose: la vente libre des seringues et/ou les programmes d'échange de seringues (pour les toxicomanes),

☛ **Proposition n° 10:** améliorer l'**information** de toute la population

- en incitant les **entreprises**, les municipalités, à faire des sessions d'information,
- en incitant les établissements scolaires à effectuer des sessions d'information durant les heures de cours,
- en associant les actions de lutte contre le SIDA aux programmes de planification des naissances, aux maternités et services de pédiatrie, et à tous programmes de santé permettant un contact avec les femmes, les parents, les jeunes.

☛ **Proposition n° 11:** encourager et rendre accessible le conseil personnalisé et le dépistage volontaire, respectant la confidentialité, et sachant que ces actions de dépistage doivent toujours être suivies par l'annonce des résultats à chacune des personnes testées.

☛ **Proposition n° 12:** améliorer la prise en charge psycho-sociale et médicale des personnes atteintes en :

- créant, dans les hôpitaux et en dehors des hôpitaux, des **structures de prise en charge et de soutien psychosocial** pour les sujets infectés (notamment pour les femmes et les jeunes)

- aidant les **associations locales** de femmes, de jeunes, de personnes vivant avec le virus,

- prenant en compte les problèmes des enfants des parents infectés

☛ **Proposition n° 13:** encourager la recherche sur des moyens préventifs spécifiques dont les femmes et les jeunes pourraient avoir la maîtrise (virucides vaginaux, préservatifs féminins, préservatifs masculins de taille adaptée, etc...).

" à lutter contre toute forme de discrimination envers les personnes infectées par le VIH et à associer des représentants de ces personnes à la définition et à la mise en oeuvre des actions ou des mesure qui seront prises les concernant "

☛ **Proposition n° 14:** renforcer les **dispositifs législatifs et réglementaires** assurant le strict respect des droits fondamentaux de la personne humaine, la première mesure à prendre étant de faire adopter des dispositions législatives pour protéger, en particulier:

- le secret de la vie privée et le secret médical,

- la non discrimination pour l'accès à l'école, à l'université, au travail, au logement, aux assurances, aux soins, etc...

- la libre circulation des sujets infectés.

" à accroître notre aide, notamment financière, envers les pays en voie de développement les plus atteints, expression directe de notre solidarité envers eux, et à mobiliser d'autres contributeurs à cette fin "

☛ **Proposition n° 15:** construire les mécanismes d'une coordination mondiale des financements incluant les fonds multilatéraux et bilatéraux.

☛ **Proposition n° 16:** diversifier les sources de financement en encourageant la collecte de fonds privés provenant de particuliers ou d'entreprises.

" à harmoniser nos programmes d'aide bilatéraux en matière de lutte contre le VIH-Sida, ainsi qu'à évaluer régulièrement les actions entreprises "

☛ **Proposition n° 17:** organiser une rencontre annuelle du groupe des gros bailleurs.

Ces rencontres devraient faciliter une répartition des rôles entre les opérateurs, l'évaluation et l'étude du suivi des actions.

☛ **Proposition n° 18:** organiser des tables rondes analysant les besoins, pays par pays (surtout pour les pays les plus démunis) définissant des programmes d'intervention pour une durée précise, à l'issue de laquelle une évaluation commune permettrait de faire un bilan amorçant - en fonction des succès et des manques - l'étape suivante.

☛ **Proposition n° 19:** intégrer la composante SIDA aux actions d'aide au développement, notamment aux programmes d'éducation, et augmenter le poids des actions santé dans tous les programmes de coopération.

" à favoriser l'accès effectif des pays en développement aux instruments actuellement disponibles en matière de prévention et de traitement de l'infection par le VIH, mais aussi aux instruments à venir et, en particulier , à un éventuel vaccin "

☛ **Proposition n° 20:** renforcer la coordination de la **recherche clinique indispensable** et mettre en place un **code international d'éthique** précisant notamment les devoirs des opérateurs envers les patients participant à un essai clinique ou thérapeutique, pour qu'ils puissent continuer à avoir accès à un produit ayant démontré une efficacité acceptable au regard des risques d'effets adverses.

☛ **Proposition n° 21:** aider les pays en développement qui n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments essentiels (et encore moins d'acheter des médicaments antiviraux tels que l'AZT) en incitant les fabricants à rendre disponibles et accessibles, dès que possible, les produits efficaces, dans les pays en développement où ont lieu les essais cliniques ou thérapeutiques démontrant leur efficacité, ainsi que dans ceux frappés par la pandémie.

" à soutenir le Programme commun co-parrainé des nations Unies sur le VIH et le Sida "

☛ **Proposition n° 22:** Appuyer des **stratégies globales d'intervention**, conformément à la Stratégie adoptée par le Conseil économique et social des Nations Unies, dans l'organisation des programmes de lutte contre le SIDA.

Les propositions suivantes ne peuvent être raccrochées à un alinéa spécifique de la déclaration.

☛ **Proposition n° 23:** chercher la meilleure intégration des actions et notamment l'intégration de la lutte contre le SIDA avec celle contre les MST et la tuberculose.

Au delà de ces actions communes SIDA/MST/Tuberculose, promouvoir une intégration de ces programmes dans les structures polyvalentes de santé et de soins (dispensaires, maternités...).

☛ **Proposition n° 24:** développer des programmes de **sécurité transfusionnelle**.

☛ **Proposition n° 25:** développer des programmes de **sécurité des injections médicales**.

In order to fully support & complement the UN joint/collaborative program, we will adopt ~~2~~ ^{the} work plan to:

- 1) Develop international priority targets for action
- 2) Develop an effective mechanism for coordination among host country, multilaterals, bilaterals, NGO's
- 3) Develop a plan for intensified intervention ~~prevention~~ research, including behavioral prevention, viricides, vaccines, care of HIV infected individuals
- 4) Develop a ~~financial~~ ^{for} plan which includes
 - long term, ~~global support~~ financial support
 - mechanism for procurement of needed diagnostics, drugs, condoms
- 5) Develop ~~the~~ ^{the} ~~support~~ a mechanism for inclusion of HIV issues in related ^{bilateral + multilateral + regional} programs/efforts including those on women's rights, economic development

The work plan would include

1st working groups June 17/18

2nd " " "

August / Yokohama

3rd mtg to determine ^{need for} level of high level mtg / call

if decided - high level mtg on Dec 1

4/8/94

Drafted with political wording

Goals

- ① Multilateral / Bilateral coordination - how gov'ts etc can work ^{together} within existing bodies / national strategies
- Financial Plan - mobilize resources

Plan for accelerating prevention research

Coping with loss of population in prime of life -

Mechanism for increasing means to purchase supplies

② Goals / Targets

Moving away from emergency to long range approaches

Move to multisectoral approaches -

- ③ HIV/AIDS in context of reproductive health
Human Rights / reduce discrimination
Women's status & support

What has happened since London Summit in 1988?
Pull from recommendations of 2nd Int'l Conf on Ethics
Support Prevention activities

CBOs / People who live & lives involved -

4 intensified intervention ~~behavioral~~ research

⇒ including behav. prevention, viricides, vaccine, caring infected persons -

women / children & AIDS

4/8/94
PS

- Agree need vigorous political support in 1994
- need specificity on how to support & advance UN prog

Girard - must enable us to strengthen multi-lateral & bilateral assistance -

new UN plan can
be stimulus for new
supportive plan

goal: plan, supported at
highest level, for specific
actions which can fully
support & complement
UN joint / cosponsored
program, ~~which~~
~~represent the priority~~
~~needs of the~~
~~includes the~~
~~and text 1~~
→ effectively channeling
all available energy/
resources toward
~~the~~

— working groups in force —

Girard - very much want consensus - continue
would present suggestions / do not want to dominate
what should be objective

French / us sit together

4/8/94
14

WC Cont,

is there a need for summit

what is purpose / objectives

what is level / date.

Sweden

Already a UN strategy & joint / cosponsors
do not want to be seen as fragmenting
all efforts should converge -

? increase UN involvement in
organizing higher level mtg
France as host

timing for June mtg.

Ecosoc decision due in July - so June
mtg premature

omission of developing countries from

Summit against Swedish principles

Declaration must be more concrete

Process to develop an action plan supported
not authorized to make commitments

but would continue in process

open to new ideas -

no division from existing organization

must invite recipient countries

no decision on participation in either
health or summit mtgs

Additional points:
clarification -
increase of UN involvement
mean -
- not run by UN, but
co-sponsoring
- but increase visibility
of joint / cosponsored
UN program -

Swiss

KG notes -

June working group -
tied to July Ecosoc

Niles Merson - Congratulate govt / France for initiative

Whatever is decided must be co-owned by all

developing countries must be involved

goals must be clearly defined

(look at example of Rio environmental summit)
which are less than stellar

global side strategy exists - needs political support

UN sees this as something that can be complementary
open to any relationship -

World Health Assembly
less than 1 mo -
? will be asked
about this initiative

Italy - govt of Italy not yet taken official position
individual capacity - scheduling of mtgs?

relationships not clear -
need clearer idea of final objectives of declaration
hard to think of coming to conclusion

Japan - globally important program -
no final decision can be made -
need to understand objectives -
what kind of result is expected
what is relationship of June/Dec. mtgs
- need to support UN/GPA - how does
this relate

- working hard on Yokohama - these mtgs
cannot conflict / waste energy

Norway - appreciate strength of French engagement
goal - more strength to GPA

UN agencies reorganizing their work
this should support
not authorized to commit prime minister
health minister would appreciate
invite in June or later

Netherlands - gratitude for initiative / political commitment
concern re: initiative -

- can't commit next govt with election coming
- must take into consideration

involvement of developing countries
need to see clear / concrete outcome

real commitment not just declaration
- must be linked to joint / co-sponsored
UN program

Russia - Thanks for invitation -

Health ministry could not come -
has studied all documents & support initiative
ready to cooperate energetically in study
of problems

UK

British govt recognizes level of problem
clearly need for collaboration among
countries, UN, others

clearly need for discussion multilateral forum
much effort to get int'l consensus

Reservations on need for head of govt summit
& ministerial mtgs at moment
seeking clarification on objectives

Delegation roundtable

- Germany - fight must be "joint"
support methods to gain political support
"great interest" in French initiative
not authorized to take final decision -
need to weigh actions to avoid unreal expectations
- Australia - strongly supports multilateral / etc. supports
main concern - not divert resources from reform
of existing UN machinery
how would head of govt. help?
- Belgium - supports initiative of France -
practical aspect of things - plan of action more important
must avoid paternalism
- Canada - here to learn from France what are objectives
want to go home with consensus on action
"unique opportunity" to launch action program
difficult for prime minister to attend?
all govt's need to participate /
nongovernmental sector as well
- Denmark - preoccupied with fight against AIDS
not risk diversion from UN activity
not commit to any specific mtg
- Spain - thanks for initiative / appreciate effort
very interested in following initiative -
no decisions taken
doubt that minister could attend joint mtg /
head of govt. mtg -
waging fight in all possible for a
happy to be here / enthusiastic
budgetary problems could limit actions
role of European Union?

US

Finkel

- welcomes all international efforts -
joint UN program is most important - this
effort must support the UN effort
two ministerial level mtgs too much -
countries decide
action plan important & haven't seen
more it's unlikely

4/8/94

pl

- 1) must be joint ^{as we understand}
- 2) endpoint must be substantive ^{process involves}
- 3) date but not level.

1) "help developing world" → collaboration

goals -

world wide mobilization

strengthening of policies combat ^{can} epid

improve bilateral / multilateral -
w

make clear in "declaration"
limited in # of activities
help summit take

Mittre?
Girard -

Starting process - useful to agree on date -
give process formal shape ...

"summit" on Dec 1, world AIDS Day
together decide on proposals to heads of govt.
no question of having decided in advance...

Girard - Report on expert meeting from January:
need for big donor countries to respond
not duplicative of Yokohama -
must have substantive plan - need real discussion
must be present in all force with forceful support
reinforce GPP / bring AIDS closer to other issues -
short term objectives to keep people mobilized -
but must have long term objectives to really get
anywhere

***Réunion des coordinateurs chargés de préparer
la réunion des Chefs de gouvernement
sur la mobilisation internationale contre la SIDA***

Paris le 8 avril 1994

Centre de Conférences Internationales
19 avenue Kléber
(Salle 3)

Ordre du Jour

- 9 h 30 - 11 h 15 Début des travaux. Ouverture par le Président, l'Ambassadeur Michel LUNVEN.
 - * Description des procédures conduisant à la réunion de fin novembre
 - * Compte rendu du Professeur Jean-François GIRARD, Directeur Général de la Santé, sur la réunion d'experts des 27 et 28 janvier
- 11 h 15 - 11 h 30 Pause café
- 11 h 30 - 13 h 00 Discussion libre sur les thèmes prioritaires à retenir.
- 13 h 00 Déjeuner au Centre de Conférences Internationales offert par la Délégation française
- 15 h 00 Reprise des travaux
 - * Examen du projet de déclaration
 - * Examen d'un programme d'action
- 16 h 30 - 16 h 45 Pause café
- 16 h 45 - 19 h 00 Reprise des travaux
 - * Poursuite de l'examen du texte de la déclaration
 - * Approbation du calendrier des réunions à venir

Goal:

By Dec 1, 1994, reach

high level political commitment
to a practical plan which will
enhance & complement ^{the global HIV effort &} the UN
program[#] in the — most
important areas of concern.

The areas of concern are

—

—

—

—

The ~~Second~~ second step in this process will be
~~the~~ 2 June working meeting of

In June, a working meeting of developed & developing countries & NGO/IGOs will gather to draft a 1st

version of action plans in each area of concern.

Countries are encouraged

to send to this meeting
ministers
or representatives with sufficient
knowledge
~~perspective~~ & authority to

consider these areas of concern

in ~~the~~ the broadest possible

~~perspective~~ & lay the groundwork

for the desired high level commitment

Assuming that today we
identify the priority areas of
concern, — the countries here
will begin drafting ^{& sharing} materials
to ~~propose~~ statements
which can be the ^{basis of} ~~starting point~~
~~for~~ discussion in June.

WHO ~~is~~ ^{technical} as the Secretariat for the
UN effort, ^{will} of France
The ~~French~~ ^{organizer} govt is ~~responsible for~~ the
~~continuing~~ ^{organizer} ~~conductor~~ of this process, which
This process will go forward in
with cooperation of WHO as Secretariat for the UN Commission
{ ~~collaboration with the UN~~ ⁱⁿ ~~programme~~ on HIV/AIDS in order
order that actions be consistent
with the joint/collaborative program

The empowerment of women + education of
women and girls is an important
crosscutting political issue being
pushed big-time at the Prepcom
for the Cairo Pop + Develop. Conf.

Gender is right in the point
of language of the process.
Audience is not health professionals.

~~US~~

WFG → Chris and Helen.

After the last speaker, we
should ask for the coffee-break
and to have a drafting-committee.
on these areas of concern.

HL

1.Goal

By the end of 1994, reach a political commitment among industrialized and developing countries to a practical plan which will enhance, complement the global HIV effort, the UN program, in the most important areas of concern culminating in a political meeting of the highest appropriate level on the 1st of december 1994.

The areas of concern are :

-
-
-
-
-

2. On June 17 and 18 th, in Paris, a working meeting of developed and developing countries and NGO/ IGO's will gather to draft a first version of action plans in each area of concern

Countries are encouraged to send to this meeting ministers or other representatives with sufficient knowledge and authority to consider these areas of concern in the broadest possible perspective and lay the ground work for the desired high level commitment (or meeting)

3. Assuming that today we identify the prioritiy areas of concern, the countries here will begin drafting and sharing materials to propose statements which can be the basis of discussion in June.

The government of France is the organizer of this process which will go forward with the cooperation of WHO as secretariat for the inter agency working group on the development of UN co-sponsored program on HIV/AIDS in order that actions be consistent with the Joint Collaborative Program

*Sommet des Chefs de gouvernement
pour renforcer la lutte contre le Sida
Paris - 1994*

Coordinateurs Nationaux
et accompagnants lors de la réunion du 8 avril à Paris

Pays	Titre	Prénom	Nom	Responsabilité	Ministère
Allemagne	M	Franz Jott	BINDERT	Sous/Directeur maladies transmissibles, SIDA, Toxicomanie, génie génétique	Santé
Allemagne	Dr	Astrid	POTZ	Conseiller au Ministère de la Santé	Santé
Australie	Mlle	Ellen	HANSEN	Premier Secrétaire à l'Ambassade d'Australie à Paris	
Belgique	Mme	Ariane	PETRIDIS	Conseiller à l'Ambassade de Belgique en France	
Belgique	Mme	Lise	THIRY	Conseiller au Cabinet du Ministre	Santé
Canada	Dr	Jean	LARIVIERE	Médecin Conseiller Principal, Direction des Affaires Internationales	Santé
Danemark	M	Henrik	TRYKKER	Conseiller technique pour les questions de santé	Affaires étrangères
Espagne	M	Arturo	PEREZ	Sous Directeur Général des Relations internationales	Santé
Etats-Unis	Dr	Kenneth	BERNARD	Bureau des affaires internationales	Santé
Etats-Unis	Dr	Helen	GAYLE	Agency Aids Coordinator	US Aid
Etats-Unis	Mme	Kristine	GEBBIE	Coordinatrice de la politique fédérale de lutte contre le Sida	Maison Blanche
Etats-Unis	M	Edward	MALLOY	Chef du bureau de la science, de la technologie et de la santé	Département d'Etat
Finlande	M	Heikki	HANNIKEINEN	Conseiller à l'Ambassade de Finlande en France	
Finlande	Pr		MELKAS	Conseiller Département "Politique de Prévention"	Santé
France	Pr	Jean-François	GIRARD	Directeur Général de la Santé	Santé
France	M	Michel	LUNVEN	Ambassadeur de France	
Italie	M	Racalbuto	WINCENZO	Expert sanitaire	Affaires étrangères
Japon	M	Shigera	KOKAZE	Premier secrétaire à l'Ambassade du Japon en France	
Japon	M	Kazuya	SHINMURA	Département du contrôle des maladies infectieuses	
Japon	Mme	Naoko	YAMAMOTO	Département du contrôle des maladies infectieuses	Santé
Norvège	M	Andreas	DINSEN	Direction Affaires Internationales	Santé
Pays Bas	Dr	Hans	MOERKERK	Coordinateur en charge de la lutte contre le Sida	Affaires étrangères
Royaume Uni	M		DANIELS	Chef du bureau Population et Santé	Coopération
Royaume Uni	Mlle	Almas	MITHANI	Chef du bureau des maladies contagieuses	Santé
Russie	M		KORNILOV	Ambassade de la Fédération de Russie en France	Santé
Russie	M		SLASTNYKH	Chargé des relations bilatérales franco-russe	
Suède	Pr	Lars Olof	KALLINGS	Conseiller auprès du Ministre de la Santé	Santé
Suisse	M	Martin	BUCHI	Adjoint au Chef de la Section Sida	Santé

PROCESSUS PREPARATOIRE A LA REUNION DU 1/12/1994

PROGRAMME DES REUNIONS DE TRAVAIL ULTERIEURES

1 / Réunion informelle a Genève (pendant l'Assemblée Mondiale de l'OMS)

2/ Réunion de Paris (17/18 juin)

3/ Réunion informelle (Yokohama ou ailleurs) en août

4/ Réunion à Paris en septembre

SUMMARY CONCLUSIONS

Paris, April 8 - 1994

1. Goal

Reach a political commitment among industrialized and developing countries to a practical plan which will enhance, complement the global HIV effort, the UN program, in the most important areas of concern culminating in a political meeting of the highest appropriate level on the 1st of december 1994.

The areas of concern are :

1.1 Principles

- persons living with HIV must be part of any planning or program in any country *have their human rights & dignity protected.*
- further action should be based on successful actions to date.

1.2. Priority for action

1)- Vigorously back known actions which can meet short term targets in areas such as condom promotion, STD treatment, protection of blood supply, harm reduction for addicted individuals

2) - Develop longer term approaches, based on established targets, which include multisectorial issues such as rights of individuals, ^{status} rights of women; concern for those living with HIV, long term economic consequences of loss of population

regardless of ^{status} such as ^{regarding} age, gender, sexual orientation etc;

3) Develop a mechanism for supporting the procurement and distribution of essential supplies such as condoms, drugs, diagnostics, syringes

4) Develop a long term plan to finance the global effort against HIV

plan to insure effective use of available resources for the

5) Develop an effective mechanism for coordination within any one country among ^{all} multilaterals, bilaterals, NGO's (any efforts) and the governments ^{global effort against}

6) Develop a plan for intensified intervention research, including behavioral prevention, systemic and topical viricides, vaccines, care of HIV positive individuals

2. On June 17 and 18 th, in Paris, a working meeting of developed and developing countries and NGO/ IGO's will gather to draft a first version of action plans in each area of concern.

Countries are encouraged to send to this meeting ministers or other representatives with sufficient knowledge and authority to consider these areas of concern in the broadest possible perspective and lay the ground work for the desired high level meeting.

3. Assuming that today we identify the priority areas of concern, the countries here will begin drafting and sharing materials to propose statements which can be the basis of discussion in June.

The government of France is the organizer of this process which will go forward with the cooperation of WHO as secretariat for the inter agency working group on the development of UN co-sponsored program on HIV/AIDS in order that actions be consistent with the Joint Collaborative Program

BRIEFING MATERIALS AND SCHEDULE
KRISTINE GEBBIE
6-9 APRIL 1994

APRIL 6 -- Arrival -- No Embassy transportation arranged.

APRIL 7

10:00 a.m. Emb. driver picks up at hotel

10:15 a.m. Meeting with Science Counselor,
Attendees: Science Counselor Jerome Bosken

10:45 a.m. Courtesy call on the Ambassador
Attendees: Ambassador Pamela Harriman
Deputy Chief of Mission Avis Bohlen

11:00 a.m. Depart for next meeting

11:30 a.m. Meeting with Director General of Health
Attendees: Director General Jean Francois Girard
AIDS Director Dr. Annie Serfaty (tentative)

1:00 p.m. Lunch -- UNSCHEDULED AT THIS POINT
possibly with ORSTOM (research organization),
National Federation on AIDS (NGO), or
representative from the Ministry of Cooperation

3:00 p.m. Meeting at Ministry of Foreign Affairs
Attendees: Amb. Michel Lunven,
Nicholas Mettra (MFA-tentative)
State's Ed Malloy
Science Counselor Jerome Bosken

4:15 p.m. Depart for next meeting

4:30 p.m. Meeting with National AIDS Research Director
Attendees: Director Jean Paul Levy
State's Ed Malloy (tentative)

5:00 p.m. Depart for Embassy or Hotel

APRIL 8 -- AIDS MEETING

9:30 a.m. Conference Begins
Centre de Conférences Internationales, Room 3
19, avenue Kléber
Metro: Kléber
Tel: 40.66.76.33

7:00 p.m. Conference Ends

APRIL 9 -- Depart -- Kyle Boice will drive to airport

AIDS in France



Just looking

claimed state. They said they wanted "complete unification with Serbia".

Less than 20 kilometres (12 miles) away in Sarajevo, Haris Silajdzic, Bosnia's Muslim prime minister, is just as blunt. He rules out any deal for letting the Bosnian Serbs

join Serbia proper. He is also demanding far more territory than the Serbs are likely to concede. If they refuse, he says, they will face more war. "We need no justification to liberate the occupied territories." He is banking on the strength of the new Croat-Muslim military alliance, plus the sanctions-busting weapons that can flow to his men through Croatia now that Muslims and Croats have stopped fighting each other.

Neither of these things need necessarily be taken at face value. After the euphoria of February and early March, when some thought peace was just around the corner, everybody is now digging in for the next round of haggling. "Everything is bargaining. We are playing a diplomatic waltz," as a Serb official in Belgrade puts it.

The Serbs find themselves in the hardest position. They feel let down by the Russians, whom they accuse of backing the American demand for the territorial integrity of both Bosnia and Croatia. They had expected the Russians to champion their cause out of self-interest, plus cousinly Russian-Serb affection. Now they say that Russia's only interest is to get American money. The ruder ones call Vitaly Churkin, the Russian special envoy, the "American postman".

So Bosnia's Serbs have opted to play for

time. One of their officials in Pale waxes lyrical about Turkish-controlled northern Cyprus. It may lack international recognition, he says, "but it is indubitably a state, just as we are." The difference is that Turkey, unlike Serbia, is not under crippling international sanctions. But neither sanctions nor the threat of more fighting will necessarily bring a settlement soon. The Serb official in Belgrade argues that the West, having dithered over ex-Yugoslavia, will soon change its mind yet again. "Why shouldn't we expect the present position, which is unfavourable to us, to be changed? Why not suffer for a few months more?"

Meanwhile, there has been progress in the talks in the Russian embassy in Zagreb between the Croatian government and the Krajina Serbs, who control almost a third of Croatia. A ceasefire and pull-back of heavy weapons was announced on March 30th. Many people in Belgrade believe that Serbia's president, Slobodan Milosevic, is prepared to see most if not all of Krajina returned to Croatian sovereignty. But ceasefires in ex-Yugoslavia do not always mean political deals. And the Serbian leader would need a sizeable face-saver in return for a concession on Krajina.

In Krajina itself, local Serbs profess not to be nervous. They explain that, like the Bosnian Serbs, they are playing for time. One official claims that Boris Yeltsin is dying of cancer. Working on this assumption, he says, the Krajina Serbs will keep future negotiations stalled in the hope that Vladimir Zhirinovskiy's pro-Serb nationalists will be in power in Russia soon.

At last, French letters

PARIS

THE French hold the European records for alcohol consumption, tranquilliser sales, road deaths and AIDS. The number of AIDS cases reported in France was 28,500 by the end of 1993, three times the absolute number in (western) Germany or Britain, although the rate of infection is higher in Spain and Switzerland. Fourteen people die from the disease in France every day; about 120,000 people are HIV-positive.

Why? Intravenous drug taking is probably no commoner in France than in most other western countries; but a third of intravenous drug takers in France may be HIV-positive. Despite the widespread French belief that only British males indulge in *le vice anglais*, sexually active male homosexuals make up around 4% of the population in France, as in Britain and America. In Paris (with 2.2m people and a booming sex industry) there are almost as many AIDS sufferers as in the whole of Britain (population 56m); three-quarters of them are homosexuals. Immigrants make up around 7% of France's population, but only a minority come from high-risk Africa or the Caribbean.

The minister of health, Philippe Douste-Blazy, blames his predecessors

for failing to promote better education, more condoms and a fight against drugs. But the present government's promised all-out war on AIDS has so far disappointed campaigners.

Condom sales are up by 13% since December 1993, when the government began promoting subsidised sales at one franc each, a quarter of the usual price. More places will be made available for heroin addicts to be treated with oral methadone as a substitute for heroin. There will be more free needle-exchange programmes, though they are hampered by the fact that in France the possession of a syringe can earn you a year in jail. Since 1973 all French secondary-school pupils are meant to have been offered sex education. Few have received it.

But nobody, however young, will be able to avoid learning something about AIDS on April 7th. All six French television networks, public and private, will turn over the entire evening's viewing to star-studded, information-packed programmes, designed to raise money for AIDS research and AIDS victims. It is a fair bet that quite a lot of French people will switch off and carry on as before with the AIDS-prone activity for which their country is famous: making love.

French students

Protest pays

PARIS

AFTER a month of increasingly violent student demonstrations, the French government has decided, once again, to climb down. To save face, it talks of having "suspended" its controversial youth wage. In fact, the measure has been ditched. Students, like protesting farmers, Air France strikers, fishermen and defenders of state schools, have got their way.

Edouard Balladur, the prime minister, announced his decision minutes after the polls had closed in the second round of the cantonal elections on March 27th. His right-wing coalition, which had done well in the first round a week earlier, had just lost three departments and won only one. A poll, published after voting had ended, suggested that 64% of the French wanted the youth-wage plan withdrawn, while 78% were alarmed by the growing social unrest.

On the face of it, the students' hostility to the scheme was ridiculous. One in four

GIRARD Jean-François, Nemours

Né le 20 novembre 1944 à LUCON (VENDEE)

GIRARD (11:30)

DIPLOMES ET TITRES :

- Interne des Hôpitaux - PARIS (1969)
- Diplôme d'études approfondies de Physiologie Cellulaire - Université Pierre et Marie Curie (1971)
- Doctorat en Médecine (1974)
- Chef de Clinique - Assistant des Hôpitaux (1976 - 1979)
- Professeur d'Université - Praticien Hospitalier (1979)
Université Pierre et Marie Curie - Hôpital Broussais - PARIS

ACTIVITES :

- Médecin hospitalier dans le service de Néphrologie de l'Hôpital Broussais depuis 1976.
 - Activité de recherche en immuno-néphrologie au sein de l'Unité INSERM U.28 de 1974 à 1979 et à Hammersmith Hospital LONDRES (1975 - 1976).
 - Enseignement de Médecine Interne et de Néphrologie à l'U.E.R. Broussais Hôtel Dieu de 1976 à 1983. Formation continue des généralistes.
 - Chargé de l'Organisation des Etudes Médicales à l'U.E.R. Broussais Hôtel Dieu de 1978 à 1983.
- Conseiller Technique au Cabinet du Ministre de l'Education Nationale du 1er octobre 1983 au 30 janvier 1986, Chargé des Affaires Hospitalo-Universitaires (réforme des études médicales, affaires statutaires).
- Directeur Général de la Santé depuis le 30 janvier 1986.
- Membre du Conseil Exécutif et du Comité du Programme à l'Organisation Mondiale de la Santé (1986 - 1989 ; 1990 -).
- Président du Conseil Exécutif O.M.S. (1992).

SOCIETES SAVANTES :

- Membre de la Société Française Nationale de Médecine Interne
- Membre de la Société Française d'Immunologie

SANTÉ

SIDACTION J-1: « L'ARGENT N'EST PAS LE SEUL REMEDE »

A la veille de la soirée télévisuelle consacrée au sida, Jean-François Girard, directeur général de la Santé, estime que l'Etat doit être en première ligne contre l'épidémie. Récemment nommé à la tête de la lutte contre le sida, il juge prioritaire de réduire les risques et d'éduquer les jeunes.

Jean-François Girard est le M.Sida français. Directeur général de la Santé depuis huit ans, il vient d'être nommé fin mars délégué interministériel à la lutte contre le sida. A la veille du Sidaction. — Tous unis contre le sida — qui voit toutes les chaînes de télévision se mobiliser dans une opération de collecte de fonds, il fait, pour la première fois, le point sur les priorités actuelles de sa nouvelle fonction.

LIBERATION. L'Etat se trouve aujourd'hui en première ligne dans la lutte contre le sida. Est-ce faute de mieux, ou le signe d'un changement plus profond?

JEAN-FRANÇOIS GIRARD. Il s'agit d'un changement profond. Dans tout le domaine de la santé, les responsabilités de l'Etat apparaissent de plus en plus clairement. La prévention, l'éducation, l'information, sont des activités qui sont de nature régalienne, des activités où il faut concilier les droits individuels et l'intérêt collectif au service de l'éthique et de la sécurité. C'est bien à l'Etat de couvrir ce champ. Dans le domaine du sida, face à la détresse exprimée par les associations de malades, à la lourde charge à laquelle sont confrontés les soignants, face enfin au défi que rencontrent les chercheurs, il est clair que les pouvoirs publics doivent jouer totalement leur rôle d'impulsion d'une politique globale et active, couvrant à la fois la prévention et le soin.

LIBERATION. Vous voilà délégué interministériel sur le sida? Quelles sont vos priorités?

J.-F.G. La mobilisation générale, et en particulier celle de tous les ministères concernés. Le programme de travail a été tracé par les décisions du comité interministériel du 17 février dernier. Cependant, s'il fallait résumer les priorités essentielles, au-delà du soutien et de la prise en charge des malades, j'en avancerais trois. La réduction des risques, la sensibilisation des jeunes dans le cadre d'une éducation à la santé plus générale; et enfin, une vigoureuse impulsion pour lutter contre l'épidémie dans les Dom-Tom.

LIBERATION. La disparition de l'Agence française de lutte contre le sida, en tant que structure semi-indépendante, en est le signe.

J.-F.G. Oui. Je n'ai jamais été convaincu par l'argument présentant l'Agence comme un fusible. Elle était le bras séculier de l'Etat, et en tout état de cause, c'est bien lui qui doit assumer ses responsabilités.

LIBERATION. Comment allez-vous rattraper l'énorme temps perdu en matière de politique de réduction des risques?

J.-F.G. Le moyen le plus efficace pour faire évoluer les mentalités est de former les hommes, en particulier des pro-



Jean-François Girard: pour prévenir les risques « les toxicomanes ont besoin de seringues propres ».

fessionnels qui seront susceptibles de mettre en place des projets méthadone pour soigner les toxicomanes et des programmes plus larges d'accessibilité aux seringues. Je ne pense pas que ce soit la seringue qui crée la toxicomanie, mais je suis sûr que les toxicomanes ont besoin de seringues propres. **LIBERATION.** Le Sidaction va permettre de rassembler de l'argent. Est-ce toujours essentiel dans la lutte contre le sida?

J.-F.G. Bien sûr, l'argent est nécessaire. Mais ce qui est aussi nécessaire, c'est que l'on parle du sida, que les consciences évoluent, que les comportements à risques diminuent. Il faut que la société tout entière assume l'épidémie et soutienne ceux qui en sont victimes.

Mais puisque l'on parle d'argent, je pense aussi à l'Afrique. J'espère qu'une partie des sommes récoltées permettra de développer des actions d'aide internationale.

Recueilli par E.F.

Le maître d'œuvre de la santé publique

Depuis 1986, Jean-François Girard a connu deux cohabitations et six ministres. Portrait d'un médecin qui, lentement mais sûrement, a su faire l'unanimité.

Il a subi toutes les intempéries. Il a tout reçu, compliments comme crocs-en-jambe. On l'a pris pour un « transitoire », pour un « opportuniste », pour un « apparatchik ». Dix fois, il aurait dû partir; cent fois, on le croyait congédié. Huit ans après avoir été nommé sous-secrétaire d'Etat, il est toujours à la tête de la direction générale de la Santé. Insubmersible, indétrônable, vivant aujourd'hui presque un état de grâce; accumulant les places décisionnelles, en particulier dans la lutte contre le sida.

Tenir huit ans à la tête de la DGS, une des directions d'administration centrale les plus exposées pour cause de scandale du sang, cela tient du miracle. Ou bien est-ce l'aveu d'une faiblesse? Et selon le vieil adage: « On ne change

pas le directeur d'une administration en grandes difficultés. » Quelle que soit la réponse, le parcours de Jean-François Girard est l'histoire de la montée en puissance, en France, de la santé publique. Ce fut lent, pénible, cela aurait pu aller beaucoup plus vite. Mais dans cette patiente avancée, Jean-François Girard a été un chef de chantier obstiné. 50 ans, professeur de médecine, néphrologue, Jean-François Girard est d'abord un fonctionnaire modèle; et à entendre les différents ministres qu'il a servis, c'est même le prototype du fonctionnaire rêvé. « Très bon directeur d'administration: il est non seulement compétent, mais surtout disponible », note Bruno Durieux, ministre de 1989 à 1991. « Il est loyal, et avec

lui j'ai toujours pu travailler dans un climat de confiance », poursuit Michèle Barzach, ministre de 1986 à 1988. « C'est un très bon technicien, et, en plus, il sait percevoir ce que veut son ministre », renchérit Claude Evin. « Grande compétence, et grande clarté », tranche Simone Veil, ministre actuelle des Affaires sociales. « C'est le seul fonctionnaire compétent de son administration », avait dit, toujours dans la nuance, Bernard Kouchner, ministre de 1991 à 1992.

Pas une critique donc. « Je crois que c'est parce qu'il rassure. Le ministre de la Santé — ou des Affaires sociales — est toujours très exposé, avec des emballements médiatiques très forts. très

...difficiles à contrôler. Or Girard remplit pleinement son rôle; quand il y a un problème, le ministre l'appelle. Il arrive toujours, et vite. Il a une disponibilité étonnante. En plus, il explique, écoute, analyse un ancien directeur de cabinet. «Est-ce pour cela que je suis toujours en poste? Je ne sais pas», répond l'intéressé. «Je crois plutôt que ma force vient du fait que je n'ai jamais cherché à occuper ce poste.» Puis il ajoute: «Je suis sans attache particulière. La seule que j'ai eue, c'est de faire un moment parti du groupe des experts du PS. C'est tout. On a dit que j'étais militant du PS, franc-maçon, etc. Eh bien, non.»

Jean-François Girard est ainsi, décontracté dans un univers qui l'est peu. Chaleureux, il aime parler, discuter. «Dans mon parcours de médecin hospitalier, je crois que nul ne pourra me contester que j'ai toujours été fidèle à la médecine générale. C'est ce que j'aime, le fait de soigner, les patients, tout ce monde-là je l'ai quitté avec beaucoup de regrets.» Ce que confirme Anne Vellay, médecin généraliste, et aujourd'hui membre du Comité d'éthique. «Jean-François a toujours été un des rares hospitaliers proches de la médecine de ville.»

Dix ans plus tard, toujours fidèle à ce vieux réseau d'amis des années 70 qui s'est battu entre autres pour l'avortement, Jean-François Girard paraît ne pas avoir changé; de gauche par tradition familiale, il aime la voile et le pouvoir. Pourtant, quand on regarde plus près son «régne» en tant que directeur général de la Santé, on constate qu'il n'y a pas un Girard mais trois.

Quand il débarque, en février 1986, Jean-François Girard — alors simple conseiller médical au cabinet de Jean-Pierre Chevènement, ministre de l'Éducation nationale — est à l'image de la direction générale de la Santé, RAS. C'est le degré zéro de la santé publique. «Je n'y connaissais pas grand-chose, avoue-t-il. Et d'ailleurs, j'ai refusé à deux reprises avant d'accepter.»

Début 1986, à la veille du retour annoncé de la droite; le P^r Jacques Roux, directeur de la DGS depuis 1983, a démissionné, et met toute son énergie à être élu sur une liste PC aux législatives. La DGS n'a pas bonne réputation. La santé publique, non seulement ce n'est pas une tradition française, mais surtout à l'heure de la gauche au pouvoir, elle a mauvaise image. Les médecins ultra-libéraux se font un malin plaisir de faire rimer santé publique avec santé collectiviste.

«Ce qui m'a frappé en arrivant, raconte Jean-François Girard, c'est l'absence d'héritage de mon prédécesseur. Aucun testament, aucune consigne. Et par exemple, sur la transfusion sanguine, rien ne m'a été indiqué qu'il s'est passé quelque chose (1). Alors, ajoute-t-il, mes convictions de santé publique, je les ai acquises au fur à mesure.» Formation sur le terrain, et en accéléré avec l'épidémie de sida, qui explose en révélant au passage toutes les failles du système de santé français. Pas de système d'alerte, pas de réflexe de santé publique, pas de réseau, peu d'habitudes épidémiologiques.

«Le grand choc, c'est l'année 1989. Là apparaît clairement le problème des moyens et la place que l'État entend jouer, raconte Jean-François Girard. Et il n'y a pas que le sida. Lorsque commence à se poser la question de réglementer les fécondations artificielles et les expérimentations médicamenteuses, on a été confronté à un même décalage. D'un côté, le législateur de-

mande à l'État de prendre ses responsabilités, de réglementer et de contrôler. De l'autre, l'État n'en a ni les moyens ni les forces.» N'était-ce pas alors le rôle du directeur général de la Santé que de faire pression, de parler haut et fort? Jean-François Girard n'est pas homme de rupture, et d'une certaine façon, il n'est pas partisan d'une autonomie de l'expert qu'il est, face aux politiques qu'il côtoie. Il reste à son poste. Était-ce le bon choix?

À la fin des années 1980 arrive la seconde étape, aux couleurs de la tempête. Le scandale du sang va exacerber la question du rôle de l'État en matière sanitaire, et installer des projecteurs sur la DGS. Terrible époque, où les critiques fusent de toutes parts, où la DGS est à longueur d'articles vilipendée pour sa faiblesse structurelle. Et là, Girard le calme se métamorphose. Entre la défense de son administration et la nécessité vitale de changement, il s'arc-boute. Ambigu, devenu silencieux, il agace, en particulier le colonel de gendarmerie Recordon, en charge des recherches judiciaires, qui a l'impression que le directeur de la Santé lui cache des documents. De même, pour le directeur de l'Inspection générale des affaires sociales, Michel Lucas, qui se doit de faire la chronologie officielle des événements: «Lorsque Jean-Louis Bianco nous a réunis Jean-François Girard et moi dans son bureau, il lui dit de me donner tous les documents qu'il avait.» Or, à croire Michel Lucas, Jean-François Girard n'aurait pas tout à fait tenu parole. Ce qui met en fureur ce dernier. «J'ai toujours tout donné. Je n'ai rien caché», s'enflamme-t-il. Puis se détend. Car, si quelques-uns lui reprochent un certain opportunisme et d'autres de trop coller à son administration, du moins a-t-il tout à fait compris que le scandale du sang marquait un tournant décisif dans la perception du rôle de l'État en matière de santé.

Alors qu'hier l'univers de la santé se résumait en un jeu à deux acteurs, le malade et le médecin, le scandale du sang en a imposé un troisième: la puissance publique. «Avant, l'État n'avait aucune légitimité en matière de santé; aujourd'hui, on lui demande d'intervenir, de réguler, de contrôler.» Trois ans plus tard, en 1994, tous les hommes politiques parlent de santé publique, tous les experts en soulignent l'urgence. Et alors qu'il faut la mettre en œuvre, on retrouve encore et toujours... Jean-François Girard. «Vous en connaissez beaucoup de gens qui sont compétents en santé publique», disent à l'unisson Bernard Kouchner et Simone Veil. Et après avoir été le directeur d'une administration sans moyens, Jean-François Girard se retrouve en grand ordonnateur du bouleversement. La DGS est totalement restructurée, son effectif passant de 185 à 250. Sans compter les agents de l'Agence française de lutte contre le sida qui réintègrent l'administration centrale.

«Maintenant, j'y crois», dit Jean-François Girard. Dans son bureau de la porte de Vanves, l'homme savoure. Le pouvoir politique, en la personne de Simone Veil, l'a confirmé dans ses positions. «Aujourd'hui, tout le monde est d'accord sur la politique qu'il faut mener. La seule question, c'est la vitesse à laquelle on la met en route.» Pour Jean-François Girard, devenu chef d'orchestre de la santé publique, la partition est claire. Et le tempo également: jamais plus vite que la musique...

Eric FAVEREAU

(1) Propos à pondérer dans la mesure où des personnages clés de cette affaire, comme Jean-Baptiste Brunet, vont être de très proches collaborateurs du nouveau directeur.

AMENAGEMENT

Grand stade: arrivée des copies mi-avril, résultats fin juillet

Contrairement aux procédures habituelles des concours, des groupements architectes-entreprises-exploitants rendront leurs dossiers le 18 avril. Pour un choix en deux étapes où les gros projets partent déjà favoris.

Depuis le 15 février, et jusqu'au 18 avril, une bonne partie de ce que la France compte de mieux en matière d'architectes planche sur le grand stade qui accueillera en 1998 la Coupe du monde de football à Saint-Denis. Deux mois pour rendre le dessin du dernier grand projet de ce siècle, ce n'est pas trop, et ce délai, joint à une procédure inhabituelle, a déjà suscité pas mal de protestations. Désireux sans doute de clarifier les interrogations, les dirigeants de la délégation interministérielle à la Coupe du monde ont donné hier une conférence de presse.

Pour Jacques Périllat, futur président de la Société d'économie mixte du grand stade, «la démarche employée était la seule possible dans les délais». Celle-ci court-circuite la méthode habituelle où l'on choisit un projet d'architecture qui fait ensuite l'objet de passages de marchés publics avec les entreprises de construction. Là, ce sont des groupements entreprises-architectes-exploitants qui rendront leur copie. Ces groupements doivent tout faire: élaborer un programme, dessiner un stade, soumettre un programme de manifestations, chiffrer une addition de construction, d'exploitation. Et surtout, chiffrer la part de financement qu'ils demandent à l'État pour participer à la construction. Les équipes comportent naturellement toutes un candidat à la concession du grand stade. Ce concessionnaire sera ensuite le client de l'architecte. La future Société d'économie mixte du grand stade aura la maîtrise directe des seuls équipements périphériques, essentiellement des infrastructures.

Vu la quantité de réponses demandées aux concurrents, le jury se réunira en deux fois. Une première session, à la mi-mai, se fondera «essentiellement sur le jugement architectural», a affirmé hier François Kosciusko-Morizet, délégué interministériel à la Coupe du monde. «Mais au sens large», a-t-il précisé. Pour que l'on comprenne bien la portée de ce «sens large», Jacques Périllat a illustré le propos avec un exemple: «Essayez donc, au Parc des Princes, d'acheter un hot dog, une bière et d'aller faire pipi...» Vérifier que les projets retenus le permettent, sera, pour Jacques Périllat, l'expression d'une ambition architecturale «pas esthétique à proprement parler mais aussi fonctionnelle».

La deuxième session du jury aura lieu fin juillet avec, au programme cette fois, l'évaluation des futurs comptes d'exploitation. Là seront jugées les hypothèses des uns et des autres en matière de prévisions financières. De ces comptes dépend en effet le montant de la participation demandée à l'État. L'importance de ce critère peut amener à se demander ce qui prévaudra dans le choix: l'architecture «au sens large» ou l'argent?

Or, sur le plan architectural, cette affaire est curieusement embarquée. Dès le début de la compétition, Bouygues,

SGE (Générale des eaux) et Dumez (Lyonnaise des eaux) se sont associés; donnant l'impression de verrouiller le marché. D'autant plus que, comme le dit François Kosciusko-Morizet, «en termes de difficultés techniques, le stade, c'est rien du tout». Rien qui nécessite, en tout cas, de monter un consortium: genre tunnel sous la Manche. Cette association a paru encore plus manœuvrière quand on a vu que le trio écumaient les agences d'architecture connues, mariant les uns et les autres, de façon à pouvoir présenter au jury pas moins d'une douzaine d'équipes. En face, naturellement, le groupement SPIE-SAE-Fougerolles, seul gros concurrent, a lui aussi présenté plusieurs équipes d'architectes, ne parvenant toutefois à en réunir que moitié moins. Sur tout cela, Jacques Périllat n'a pas de commentaires particuliers à faire: «C'est la liberté des entreprises de s'associer», estime-t-il. François Kosciusko-Morizet se

contente de noter que, parmi les architectes, «il y a des mariages curieux, surprenants».

Au-delà du point sur le stade lui-même, les dirigeants de la délégation ont également donné quelques indications sur l'état du grand projet urbain dans lequel il s'insère. Depuis peu, Elisabeth Allaire, auparavant chargée de la politique de la ville dans le cabinet Veil, les a rejointes. A elle de veiller au volet insertion sociale dans les chantiers, mais aussi dans les utilisations futures de l'équipement. Pour le reste du projet, le stade doit en accélérer la réalisation. Mais on sait déjà que le tramway n'existera pas en 1998, pas plus que Météor (en cours de construction) ou Orbitale, pas encore programmé. Tandis que le stade se dépêche, le projet de La Plaine-Saint-Denis n'a vécu pour l'instant qu'une avancée sur le papier, en récoltant le label, le 21 février, de grand projet urbain.

Sibylle VINCENDON

CONGRES

Les jeunes musulmans réunis à Lyon

Combattant toutes les «discriminations», l'UJM prône cependant la création d'une école islamique.

Lyon, correspondance

Entrée des sœurs, interdite aux frères», prévient le panneau d'accès au vaste gymnase prêté par la municipalité communiste de Vénissieux, qui accueille depuis trois ans le congrès de l'Union des jeunes musulmans (UJM). 4 200 participants venus de France, de Belgique et de Suisse ont tenu pendant les trois jours du week-end de Pâques un rassemblement à la fois religieux, politique et festif.

Organisatrice de ce rendez-vous, l'UJM, fondée en 1987 par des jeunes animateurs d'associations islamistes de la banlieue lyonnaise, déclare avoir pour vocation fondamentale de «se soumettre à Allah» et pour ambition «de vivre cette vocation en France». Dans la salle, dont l'aménagement préserve les espaces de prière, les jeunes filles et les femmes, qui portent pour la plupart un foulard islamique, sont assises à part face à une tribune surmontée d'un dais drapé d'un voile violet.

Conférences coraniques, cercles de réflexion et assemblées plénières mettent l'accent sur une priorité: «Errer avant tout un bon musulman.» L'essentiel de la première journée a été consacré au bilan des discriminations face à l'école, à l'emploi et à la répression policière. Chaque intervention est ponctuée de référence aux *ayat* (versets) et *sourates* (chapitres) du Coran. Citant diverses «actions exemplaires» de l'UJM en Rhône-Alpes, les cadres du mouvement se félicitent d'avoir obtenu la réintégration de Schéhérazade, la lycéenne de Grenoble exclue de son lycée puis admise, avec son foulard, dans un autre établissement.

La bataille, conduite sur le thème «non à l'exclusion», avait consisté à

exiger le respect des principes laïques de l'école de la République. En fait, les textes internes du mouvement prônent la création d'une «école islamique», car «les musulmans doivent reconnaître dans la pédagogie du prophète un exemple de la meilleure éducation qui puisse être donnée». Mais aussi «parce que la meilleure éducation est l'application des enseignements divins et leur transmission par l'exemple, le modèle (Rapport du deuxième congrès de la jeunesse musulmane)». L'enseignement de l'islam par l'école laïque ne peut être qu'un «islam dénué». Rédigé en forme «d'explicitation du message du dernier congrès», ce document précise: «Comment peut-on imaginer qu'une personne qui a été «allaitée» par des institutions de laïcité puisse enseigner notre religion de façon objective.» Cette même thèse est reprise dans l'avant-dernier *Bulletin mensuel de liaison* de l'UJM. Là, c'est au nom du respect de la liberté d'expression qu'est revendiqué le port du foulard. Le même bulletin s'étonne néanmoins que «les Versets sataniques continuent à se vendre dans toutes les librairies de France».

La contradiction n'a pas empêché les congressistes d'adopter par acclamation une adresse aux députés pour dénoncer «la persécution, la discrimination et la répression», dont ils s'estiment les victimes. Ils ont confirmé leur intention de confier à Me Jacques Vergès la conduite d'une action judiciaire «contre les administrations et les fonctionnaires qui transgressent les lois de la République». Enfin, le congrès a adopté le principe d'une campagne «pour l'inscription de 100 000 jeunes musulmans sur les listes électorales».

Bernard FROMENTIN

CURRICULUM VITAE

Nom et Prénoms : LEVY Jean-Paul

Date et lieu de naissance : 8 juin 1934 à Paris

LEVY (4:30)

Situation de famille : Marié, 4 enfants

Titres universitaires : Docteur en Médecine, 1962,
Maître de Conférence Agrégé d'Hématologie et
Immunologie, 1966,
Professeur sans Chaire, 1980,
Professeur à titre personnel (Professeur de 1ère
classe), 1.10.1980.

Titres hospitaliers : Externe des Hôpitaux de Paris, 1954,
Interne des Hôpitaux de Paris, 1957,
Biologiste des Hôpitaux de Paris, 1966.

Services civils :

Fonctions exercées dans les domaines hospitaliers et universitaires

- Chef de travaux d'Hématologie, 1965,
- Maître de Conférence Agrégé, 1966,
- Biologiste non Chef de Service, 1966-1971 (Hôpitaux Bicêtre, puis Lariboisière, puis Cochin),
- Chef de Service d'Hématologie à l'Hôpital Cochin depuis 1971,
- Membre de la Commission Médicale Consultative de l'Assistance Publique de 1979 à 1982,
- Membre du Comité Interministériel pour les questions hospitalo-universitaires de 1979 à 1981,
- Membre du Comité d'évaluation des innovations de technologie de l'A.P. (CEDIT) de 1981 à 1987.

Fonctions exercées dans le domaine de la recherche

- Maître de recherches, Association Claude Bernard, 1965,
- Directeur du Laboratoire d'Immunologie des Tumeurs, Hôpital Saint-Louis, 1967,
- Directeur du groupe INSERM U152 "Immunologie et Virologie des Tumeurs" depuis 1976 et de l'équipe de recherche associée du CNRS UA 628, depuis 1978,

- Directeur du Service Commun National n° 7 de l'INSERM de 1979 à 1983,
- Président du Comité ATP INSERM n° 60, 1976-1979,
- Président du Comité FRANCE/USA de coopération sur les recherches sur le cancer depuis 1976,
- Membre de la Commission spécialisée n° 2 de l'INSERM de 1974 à 1978,
- Membre des Comités DGRST : pharmacologie du cancer (1976-1981) et immunologie des allogreffes (1977-1981),
- Membre du Comité Eleanor Roosevelt de l'UICC (1979-1981),
- Membre du Comité de Direction Scientifique de l'INSERM
 - a) chargé de mission à l'INSERM en 1980 et 1981,
 - b) secrétaire du comité de direction scientifique de 1982 à 1988.
- Président du Conseil Scientifique de la Fondation pour la Recherche Médicale, 1982-1985,
- Directeur Scientifique du programme national "SIDA" de l'INSERM et du CNRS depuis mars 1987.
- Directeur de l'Agence Nationale de Recherches sur le SIDA depuis le 1er Mars 1989.

Service militaire :

1er juillet 1958 - 1er janvier 1960

Prix :

- Lacassagne du Collège de France - Paris 1975,
- Gustave Roussy de l'Académie des Sciences - Paris 1976,
- Rosen sur le Cancer - Paris 1979.

Travaux scientifiques portant sur :

- 1) la leucémogénèse virale et la biologie des rétrovirus C,
- 2) l'immunologie des tumeurs,
- 3) l'immunogénétique humaine,
- 4) l'enseignement par ordinateur,
- 5) divers domaines de clinique hématologique.

NOTE ON JEAN PAUL LEVY

Dr. Levy has proposed through the Embassy to NIH's Office of AIDS Research the idea of creating a "preagreement" among interested parties prior to any Phase III AIDS vaccine trials. The agreement would outline what information would be exchanged and how the participating parties would relate in any joint Phase III vaccine trial.

His stated motivation is to bring efficiency to any Phase III trials through coordination and cooperation. He also believes such cooperation will hasten regulatory approval of any eventual drug for all participants in the trials. Levy has also told us that our population samples, particularly in the Bronx, are unique in the world, and he would thus like French researchers to be involved in any trials based in the U.S. to gain experience through our groups.

Levy is very direct and dislikes "politics." He tends to be casual but rushed in his meetings.

UNITED STATES NON-PAPER
5 APRIL 1994

U.S. MINISTRIES - 5 APRIL

THE GOVERNMENT OF THE UNITED STATES ACCEPTS THE INVITATION OF THE MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS TO PARTICIPATE IN A DISCUSSION ON APRIL 8 OF THE POSSIBILITY OF A HIGH-LEVEL MEETING ON COORDINATION OF INTERNATIONAL EFFORTS ON AIDS.

THE U.S. OFFICIALS WILL NOT BE AUTHORIZED TO TAKE A POSITION ON A PROPOSED SUMMIT OR ON A DRAFT DECLARATION. WITHOUT A CLEAR UNDERSTANDING OF WHAT A SUMMIT COULD ACCOMPLISH, WE WOULD STRONGLY RESIST A DECLARATION THAT PRESUMES THAT THERE WILL BE A SUMMIT. THE U.S. POSITION ON A SUMMIT WILL BE DEVELOPED ONCE WE HAVE A CLEARER UNDERSTANDING OF THE ITS EXPECTED OUTCOME.

WE HAVE SERIOUS CONCERNS ABOUT MOVING FORWARD AT THIS TIME WITH EITHER A JUNE MINISTERIAL MEETING OR A NOVEMBER SUMMIT. WE DO NOT YET HAVE A CLEAR VISION OF WHAT THESE MEETINGS WOULD ACCOMPLISH THAT OTHER INTERNATIONAL ACTIVITIES ON AIDS WILL NOT BE ACCOMPLISHING. WE SEE OUR PARTICIPATION ON APRIL 8 AS PROVIDING US THE OPPORTUNITY TO LEARN MORE ABOUT THE OBJECTIVES FOR THESE MEETINGS AND THE VIEWS OF OTHER GOVERNMENTS.

WE ARE CONCERNED THAT THE APRIL MEETING NOW APPEARS TO BE A PLANNING MEETING FOR THE PROPOSED NOVEMBER SUMMIT AND NOT FOR THE JUNE MINISTERIAL, AS HAD BEEN OUR UNDERSTANDING.

THE U.S. TEAM WILL BE LED BY THE NATIONAL AIDS POLICY COORDINATOR, KRISTINE GEBBIE. OTHER U.S. OFFICIALS IN ATTENDANCE WILL BE DR. HELENE GAYLE, USAID; DR. KENNETH BERNARD, PUBLIC HEALTH SERVICE; AND, DR. EDWARD MALLOY, DIRECTOR, OFFICE OF SCIENCE, TECHNOLOGY AND HEALTH, STATE DEPARTMENT.

UNCLASSIFIED
CPROG 04/06/94
SCI:JJBOSKEN
SCI:GAELFERS
1) SCI:JKBOICE; 2) POL:JKRUTH
SCI

AMEMBASSY PARIS
SECSTATE WASHDC
DEPARTMENT OF HHS
WHITE HOUSE
INFO AMEMBASSY BONN
AMEMBASSY CANBERRA
AMEMBASSY BRUSSELS
AMEMBASSY OTTAWA
AMEMBASSY COPENHAGEN
AMEMBASSY MADRID
AMEMBASSY HELSINKI
AMEMBASSY ROME
AMEMBASSY TOKYO
AMEMBASSY THE HAGUE
AMEMBASSY OSLO
AMEMBASSY LONDON
AMEMBASSY MOSCOW
AMEMBASSY STOCKHOLM
AMEMBASSY BERN
AMEMBASSY NASSAU
AMEMBASSY BRASILIA
AMEMBASSY BUJUMBURA
AMEMBASSY PHNOM PENH
AMEMBASSY YAOUNDE
AMEMBASSY BEIJING
AMEMBASSY DJIBOUTI
AMEMBASSY NEW DELHI
AMEMBASSY JAKARTA
AMEMBASSY RABAT
AMEMBASSY MEXICO CITY
AMEMBASSY KAMPALA
AMEMBASSY MANILA
AMEMBASSY BUCHAREST
AMEMBASSY KIGALI
AMEMBASSY DAR ES SALAAM
AMEMBASSY BANGKOK
AMEMBASSY LUSAKA
AMEMBASSY HARARE
USMISSION GENEVA
USMISSION USUN NEW YORK
USMISSION USVIENNA

BRUSSELS ALSO PASS US MISSION EU
STATE FOR OES/STH/TCH: HEMOND AND EUR/WE: CARSON
HHS FOR OIA: HOHMAN AND S: SHALALA
WHITE HOUSE FOR NAPO: GEBBIE

E.O. 12356: N/A
TAGS: TBIO, SOCI, AORC, KSCA, IBRD, UNFPA, OECD,
WHO, UNDP, UNESCO, UNICEF, FR
SUBJECT: INVITATION TO JUNE AIDS MINISTERIAL

1. POST RECEIVED 4 APRIL 1994 A COPY OF A LETTER
TO BE SENT FROM THE FRENCH MINISTER OF STATE
SIMONE VEIL TO HHS SECRETARY DONNA SHALALA VIA
THE FRENCH AMBASSADOR IN WASHINGTON. THE LETTER

JUNE INVITATION

SERVES AS AN INVITATION TO THE 17-18 JUNE 1994
MINISTERIAL IN PREPARATION FOR A HEADS OF
GOVERNMENT SUMMIT "BEFORE THE END OF THE YEAR."

2. AN UNOFFICIAL TRANSLATION FOLLOWS:

23 MARCH 1994

DEAR SECRETARY SHALALA,

THE AIDS EPIDEMIC CONTINUES TO PROGRESS
RELENTLESSLY, AFFECTING EVERY CONTINENT ON
THE PLANET.

FOR MORE THAN TEN YEARS SCIENTISTS HAVE BEEN
STRIVING TO FIND A CURE, EITHER BY VACCINE OR
THERAPY. BUT NO ONE KNOWS WHEN ONE WILL BE
FOUND. THE RISK IS NOT NEGLIGIBLE THAT THIS
WILL BE TRANSLATED INTO A REDUCTION IN THE
MOBILIZATION OF EFFORTS. HAVING GROWN DURING
THE YEARS 1989 THROUGH 1991, TODAY THESE
EFFORTS ARE ONLY MARKING TIME.

AT THE SAME TIME WE SEE MORE AND MORE THE
CONSEQUENCES OF THIS DISEASE ON
SOCIO-DEMOGRAPHIC, ECONOMIC AND EVEN
POLITICAL BALANCES OF THE NATIONS AFFECTED;
THIS JUSTIFIES EVEN FURTHER A DOUBLING OF OUR
EFFORTS.

CONSCIOUS OF THE SEVERITY OF THIS SITUATION,
AN EVER GROWING CHALLENGE FOR THE WORLD
COMMUNITY, THE FRENCH GOVERNMENT WISHES TO
INVITE THE HEADS OF GOVERNMENT OF THE
COUNTRIES WHO ARE THE PRINCIPLE INTERNATIONAL
CONTRIBUTORS IN THE FIGHT AGAINST AIDS BEFORE
THE END OF 1994 TO A CONFERENCE INTENDED TO
REINFORCE OUR COMMON DETERMINATION TO PUT
FORTH ALL EFFORTS TO CONTROL THIS EPIDEMIC.

BEFORE AND DURING THE PROCESS OF UNCOVERING
THE DECISIONS THAT COULD BE MADE AT THIS
CONFERENCE, IT BECAME CLEAR TO ME THAT IT IS
NECESSARY TO GET THE OPINIONS AND TO CONFRONT
THE EXPERIENCES OF THE INTERESTED PARTIES.

AS A PRECURSOR, I PROPOSE TO WELCOME TO PARIS
THE 17 AND 18 OF JUNE 1994, A CONFERENCE FOR
THE MINISTERS OF HEALTH OF THE MOST CONCERNED
COUNTRIES AND REPRESENTATIVES OF THE
PRINCIPLE INTERNATIONAL ORGANIZATIONS
INVOLVED IN THE FIGHT AGAINST AIDS, AND ALSO
THE REPRESENTATIVES OF INVOLVED
NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS.

IN THE COMING WEEKS, YOU WILL BE SENT VARIOUS
DOCUMENTS THAT BEAR WITNESS TO THE THOUGHTS
AND REFLECTIONS OF THE EXPERTS. YOU WILL
THUS HAVE THE POSSIBILITY BEFORE THE
CONFERENCE TO EXPRESS YOUR COUNTRY'S POSITION
ON THE THEMES EVOKED IN THESE PREPARATORY
DOCUMENTS OR ON ANY OTHER QUESTION RELATIVE
TO THE FUTURE OF THE PANDEMIC OF AIDS AND ITS

IMPACT ON THE PROCESS OF DEVELOPMENT. IN THIS PERSPECTIVE, I FIND IT NECESSARY THAT THE REPRESENTATIVES IN CHARGE OF COOPERATION WITH THE DEVELOPING COUNTRIES ALSO ATTEND OUR CONFERENCE.

I DEEPLY HOPE THAT YOU WILL BE ABLE TO ACCEPT MY INVITATION, THUS PROCLAIMING THE ENGAGEMENT OF YOUR COUNTRY IN THIS FIGHT. AN INFORMATIONAL MEETING, AT WHICH A REPRESENTATIVE FROM YOUR ADMINISTRATION WILL PARTICIPATE, AS YOU KNOW, WILL TAKE PLACE IN PARIS, APRIL 8, 1994, DURING WHICH YOU MAY BRING INFORMATION TO CLARIFY YOUR DECISION.

I ASK YOU TO ACCEPT, SECRETARY SHALALA, THE ASSURANCE OF MY HIGHEST CONSIDERATION.

SIMONE VEIL

3. THE MINISTRY OF HEALTH ALSO PROVIDED THE FOLLOWING LIST OF INVITED COUNTRIES AND ORGANIZATIONS FOR THE 17-18 JUNE MEETING. THE LIST WAS PROVIDED UNDER THE TITLE, "HEADS OF GOVERNMENT SUMMIT TO REINFORCE THE BATTLE AGAINST AIDS; MEETING OF HEALTH MINISTERS, PARIS, 17 AND 18 JUNE 1994." (PARENTHETICAL STATEMENTS ADDED BY THE EMBASSY).

(DONOR) COUNTRIES: GERMANY, AUSTRALIA, BELGIUM, CANADA, DENMARK, SPAIN, UNITED STATES, FINLAND, ITALY, JAPAN, NORWAY, THE NETHERLANDS, UNITED KINGDOM, RUSSIA, SWEDEN, SWITZERLAND

(RECIPIENT) COUNTRIES: BAHAMAS, BRAZIL, BURUNDI, CAMBODIA, CAMEROON, CHINA, IVORY COAST, DJIBOUTI, INDIA, INDONESIA, MAROCCO, MEXICO, UGANDA, PHILIPPINES, RUMANIA, RWANDA, TANZANIA, THAILAND, VIETNAM, ZAMBIA, ZIMBABWE

EUROPEAN UNION COMMISSION

INTERNATIONAL ORGANIZATIONS: WORLD BANK, COUNCIL OF EUROPE, UN FUND FOR POPULATION ACTIVITIES, OECD, WHO, UN DEVELOPMENT PROGRAM, UNESCO, UNICEF

NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS: GLOBAL NETWORK OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS, INTERNATIONAL COALITION OF AIDS SERVICE ORGANIZATIONS, INTERNATIONAL CHRISTIAN AIDS NETWORK, COALITION FOR A WORLD POLICY AGAINST AIDS, AIDS COORDINATION GROUP.

4. A COPY IS BEING FAXED TO STATE/OES/STH/TCH: HEMOND AND WILL BE GIVEN TO THE U.S. DELEGATION LEAD TO THE 8 APRIL MEETING, KRISTINE GEBBIE.

HARRIMAN

INCOMING

UNCLASSIFIED

INCOMING

AMEMBASSY PARIS

PAGE 01
ACTION: LAB (02)

STATE 090618

XMB328 06/2355Z

STATE 090618

XMB328

06/2355Z

INFO: USI (01) DCM (01) EXT (01) POLD (01) POL (01) MIL (01)
 INT (01) GEP (01) MNE (01) NES (01) FIN (01) SECD (01)
 TRDO (01) ECSO (01) MINO (01) AID (01) ADMO (01) SCIO (01)
 STC (01) ENGO (01) LABO (01) AMB (01) AMBE (01) IPC (01)
 SCI (01)

06/2355Z AB

(TOTAL COPIES: 027)

VZCZCTA1895FR0759 PP

RR RUEHFR

DE RUEHC #0618 0962337

06-APR-94 TOR: 23:36

ZNR UUUUU ZZH

CHRG: PROG

R 062337Z APR 94

DIST: LAB

FM SECSTATE WASHDC

TO RUEHFR/AMEMBASSY PARIS 3020

INFO RUEHNSW/AMEMBASSY BERN 7570

RUEHOL/AMEMBASSY BONN 2073

RUEHBS/AMEMBASSY BRUSSELS 4256

RUEHBY/AMEMBASSY CANBERRA 0682

RUEHCP/AMEMBASSY COPENHAGEN 6258

RUEHHE/AMEMBASSY HELSINKI 5748

RUEHLO/AMEMBASSY LONDON 1868

RUEHMD/AMEMBASSY MADRID 5405

RUEHMO/AMEMBASSY MOSCOW 4896

RUEHNY/AMEMBASSY OSLO 0325

RUEHOT/AMEMBASSY OTTAWA 1623

RUEHRO/AMEMBASSY ROME 8183

RUEHSH/AMEMBASSY STOCKHOLM 7627

RUEHTH/AMEMBASSY THE HAGUE 5465

RUEHKO/AMEMBASSY TOKYO 4120

BT

UNCLAS STATE 090618

FOR POL:TDALSIME AND SCI:KBOICE

E.O. 12356: N/A

TAGS: TBIO FR SOCI KSCA

SUBJECT: APRIL 8 PARIS MEETING ON AIDS: INSTRUCTIONS FOR U.S. DELEGATES

REF: (A) 94 STATE 87416

1. A DELEGATION MEETING WAS HELD ON 4/5/94 AS FINAL PREPARATION FOR THE APRIL 8 PARIS MEETING TO DISCUSS A PROPOSED SUMMIT ON AIDS. THE TALKING POINTS IN REF. A REPRESENT THE U.S.G. POSITION FOR THE MEETING AND WILL BE USED AS NECESSARY. IN ADDITION, THE DELEGATES AGREED THAT:

-- SINCE THE U.S. DOES NOT YET HAVE A POSITION ON THE PROPOSED SUMMIT, THE U.S. DELEGATES WILL SEEK TO CHANGE THE AGENDA ITEMS ON DISCUSSIONS OF A "DRAFT DECLARATION" TO DISCUSSIONS OF A "WORKING PAPER" OR A "DISCUSSION PAPER" FOR A HIGH-LEVEL MEETING.

-- THE SUBSTANCE OF THE WORKING PAPER OR DISCUSSION PAPER WOULD BE USED TO DETERMINE THE APPROPRIATE LEVEL OF A FUTURE HIGH-LEVEL MEETING, IF ONE IS TO OCCUR.

-- IF IT IS DETERMINED AT THE APRIL 8 MEETING THAT A JUNE MINISTERIAL MEETING IS NOT APPROPRIATE, A MINISTERIAL MEETING AT A FUTURE DATE COULD BE DISCUSSED. ONE POSSIBLE DATE FOR SUCH A HIGH-LEVEL MEETING COULD BE WORLD AIDS DAY, DECEMBER 1, 1994.

-- AS HEAD OF DELEGATION, KRISTINE GEBBIE, THE NATIONAL AIDS POLICY COORDINATOR, WILL BE THE SOLE SPOKESPERSON FOR THE U.S. GOVERNMENT FOR ALL CONTACTS WITH THE PRESS.

-- U.S. DELEGATES MAY DRAW FROM THE FOLLOWING TALKING POINTS, WHICH ARE SUPPLEMENTAL TO THOSE IN REF. A:

0 THE UNITED STATES APPRECIATES THE EFFORTS BY THE GOVERNMENT OF FRANCE IN RAISING THE LEVEL OF ATTENTION TO THE AIDS ISSUE.

0 WE AGREE WITH THE FRENCH GOVERNMENT THAT AIDS IS A SERIOUS PROBLEM AND THAT DONOR COUNTRIES, IN CLOSE COLLABORATION WITH DEVELOPING COUNTRIES, SHOULD MORE EFFECTIVELY COORDINATE THEIR EFFORTS.

0 WE BELIEVE THAT A HIGH-LEVEL GOVERNMENTAL MEETING FOCUSING ON AIDS PREVENTION COULD BE AN IMPORTANT STEP TOWARD GREATER DONOR AND RESEARCH COORDINATION PROVIDED THE MEETING HAD DETAILED AND SPECIFIC OBJECTIVES AND ADEQUATE PREPARATION. ONCE WE AND OTHER GOVERNMENTS HAVE HAD THE OPPORTUNITY TO DEFINE WHAT IS TO BE DONE AT SUCH A MEETING, WE WOULD BE IN A POSITION TO DETERMINE THE APPROPRIATE LEVEL OF PARTICIPATION.

0 SINCE THERE ARE OTHER INTERNATIONAL MECHANISMS ALREADY IN PLACE OR BEING ESTABLISHED TO COORDINATE INTERNATIONAL AIDS EFFORTS, SUCH AS THE JOINT AND CO-SPONSORED U.N. PROGRAMME ON HIV/AIDS, WE WANT TO BE SURE THAT A HIGH-LEVEL MEETING, IF ONE OCCURS, WOULD COMPLEMENT EXISTING EFFORTS.

CHRISTOPHER
BT
#0618
NNNN

UNCLASSIFIED

INSTRUCTIONS

Thurs pm

1) Calling U.?

Anna's classmate at CES

503-690-9181 X107

2) Met = she -

Winter Bellvue & house

718 2356178

3) Diana Grimes -

301-251-3722

4) W.H. operator

8 pm wed -

4561414 of 2



5) Cecil Fox - Friend of Kramer

316-301-216-1564

6) GEM - wed ?

7

Am Air
42

21 18

~~64~~
54

Tues

American
~~#57~~
#63

out of
only

Am E
1 47 77 20 00

Sernaf

ORGANIZATION OF AFRICAN UNITY
ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE
ORGANIZACAO DA UNIDADE AFRICANA
منظمة الوحدة الأفريقية



DECLARATION ON THE AIDS EPIDEMIC IN AFRICA - JULY 1992
DECLARATION SUR L'EPIDEMIE DE SIDA EN AFRIQUE - JUILLET 1992
DECLARACAO SOBRE A EPIDEMIA DE SIDA EM AFRICA - JULHO 1992

الاعلان الخاص بوباء الايدز في أفريقيا - تموز/يوليو ١٩٩٢

ORGANIZATION OF AFRICAN UNITY
ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE
ORGANIZACAO DA UNIDADE AFRICANA
منظمة الوحدة الأفريقية



DECLARATION ON THE AIDS EPIDEMIC IN AFRICA – JULY 1992
DECLARATION SUR L'EPIDEMIE DE SIDA EN AFRIQUE – JUILLET 1992
DECLARACAO SOBRE A EPIDEMIA DE SIDA EM AFRICA – JULHO 1992
الاعلان الخاص بوباء الايدز في أفريقيا - تموز/يوليو ١٩٩٢

DECLARATION ON THE AIDS EPIDEMIC IN AFRICA

We, the Heads of State and Government of the Organization of African Unity, meeting at the Twenty-eighth Ordinary Session of our Assembly in Dakar, from 29 June to 1 July 1992,

BEARING IN MIND

- That AIDS is one other disease among the myriad health problems of the African Continent.
- That, unlike many or almost all other diseases, AIDS has no drugs or vaccines to prevent or cure it and those supportive drugs that are presently available pose a particular challenge to our health budgets.
- That it is estimated that, by the year 2000, 20 million Africans will be HIV positive, causing approximately 1 million deaths annually.
- That, with the emergence of AIDS, some diseases that were almost under control, notably tuberculosis, are becoming public health problems once again.
- That, with the emergence of AIDS, millions of children will be orphaned over the coming decade.
- That the positive gains in health status of children and women brought about by successful primary health care programmes of immunization in most African states are being threatened and will actually be reversed by AIDS.
- That HIV, the AIDS virus, spreads through the basic human drive for love, intimacy, physical closeness and the reproduction of the species and that controlling and channelling this drive is the only way to ensure our species' survival.
- That AIDS leads to frustration and despair, and kills young and middle-aged adults, who are the mainstay of the family, the backbone of the workforce, and the key to development.
- That AIDS is a major health problem affecting the socioeconomic situation of our continent.

DECLARE that:

- 1) Prevention is the key to slowing the spread of AIDS in Africa and containing its ultimate impact. This is a national responsibility and an international challenge.
- 2) Community and home-based care, integrating AIDS activities into primary health care, improving management capabilities, undertaking sentinel surveillance, improving nursing care and counselling skills, ensuring the safety of blood and supporting special activities targeted at youth and women are among the rational strategies to be followed by all our Member States.

COMMIT ourselves to this AGENDA FOR ACTION

- 1) By giving our fullest political commitment to mobilizing society as a whole for the fight against AIDS.**

We must emphasize the gravity and urgency of the epidemic, and announce to our people that the country's stability and survival are at stake. We must overcome any sensitivities and speak out frankly about how to prevent AIDS; no taboo should be allowed to interfere with the saving of millions of lives. We must find imaginative ways of accommodating clear prevention messages within the context of our country's social, cultural and religious norms, and exercise moral leadership to bring about life-saving changes in individual and collective behaviour. We must encourage traditional and religious leaders to do the same and thereby protect their own communities from AIDS. We must see to it that all existing communication channels, both traditional and non-traditional, are used to explain how HIV is transmitted and how it is not transmitted, so that all people understand they run no risk from social contact with HIV-infected individuals. We must counter the impression that AIDS is a disease that only attacks certain groups or populations, and show by our personal example that people with HIV or AIDS are to be treated with respect and compassion, in keeping with Africa's age-old tradition of tolerance.

Target: By the end of 1992, each one of us will be publicly recognized as the leader of the fight against AIDS in our own country.

- 2) By stepping up action to prevent the sexual transmission of HIV.**

While the tragedy of Africa is that AIDS spread so far before scientists recognized how HIV was transmitted, the hope of Africa is its younger generation, who still have a chance to escape infection. We must seize this opportunity and ensure that today's girls and boys, who will be the mothers and fathers of tomorrow's children – are safe from HIV. We must see to it that all young people are given frank information about how the virus spreads; educated in life-saving skills – including the strength to say no to sex and the skill to negotiate safer sex; and given access to condoms, family planning services, and appropriate management of sexually transmitted diseases, which greatly increase the risk of HIV transmission if left untreated. At the same time, the older generation must accept their responsibility to protect the young from exposure to HIV. Women are another vulnerable group. We must take decisive action including legislation to improve their education, economic prospects and social status so that women gain better control over their sex life and that of their partners. AIDS menaces not only women themselves but Africa's newborn, since one in three babies born to an HIV-infected woman is itself infected.

Target: By mid-1993, all of us will have ensured that 100% of our country's adults, including young adults, know how HIV is transmitted and how they can protect themselves and others from infection.

- 3) By planning for the care of people with HIV infection and AIDS and the support of their families and survivors.**

In just eight years, Africa will have had a cumulative total of 18 million HIV infections. Already, hospitals are overwhelmed by the needs of HIV-infected people, and their families are disrupted by illness and death in their most productive members. We must see to it that a rational care plan is drawn up, with funding from national and external resources. We must ensure that our national essential drugs programme makes provision for the millions of infected Africans who will need, at

minimum, pain relief and treatment for the common HIV-related illness, such as sexually transmitted diseases, diarrhoea, fungal infections, pneumonia and tuberculosis. We must ensure links and collaboration between the formal health sector and community structures, including religious, charitable and other nongovernmental organizations (NGOs), so that patients can be cared for primarily at home or on an outpatient basis. We must at the same time anticipate the family and community disruption that will result from AIDS deaths, and plan now for ways of caring for and supporting the survivors, including the projected 10 million AIDS orphans of the 1990s – again, in close collaboration with community-based organizations. Special attention must be paid to the education and care of mobile populations.

Target: By mid-1993, we will have adopted a rational AIDS care plan, including essential drugs for HIV-related illness, and a rational plan for family-based or community care and support of AIDS survivors, including orphans.

4) By supporting appropriate and relevant AIDS research.

Research is a necessary component for the development of knowledge towards an understanding of the problem of AIDS in Africa and control of HIV infection. While collaboration between scientists from developed countries and those from Africa should continue to be promoted and supported, it is important to strengthen and promote research capacity in Africa. AIDS research should be directed towards AIDS problems specific to Africa.

There should be a mechanism in place to ensure coordination of AIDS research between countries and the application of an ethical code.

Efforts should also be aimed at researching medicinal herbs since some have been shown to have potency.

Target: By the end of 1993, we will have endorsed a national plan of action for the promotion and coordination of AIDS research in our countries including an operational ethical code in AIDS research.

5) By using our leadership position to ensure that all sectors of society work together to tackle the AIDS epidemic.

We must see to it that each and every sector, private and governmental, understands what it stands to lose because of AIDS and its socioeconomic repercussions, and consequently how it can benefit from and contribute to effective AIDS prevention and control. We must direct Ministers from each sector to develop and implement the relevant plans and provide the necessary resources. To take but a few examples, the Ministry responsible for Health must play a key role in developing appropriate strategies for behaviour change and in preventing the spread of HIV through infected blood or unsterilized needles and skin-piercing equipment, as well as in patient care and in surveillance of the epidemic: sustainability must be ensured through strengthening of all health infrastructures and the integration of all health programmes. The Ministry responsible for Labour must undertake studies of the impact of AIDS on labour availability and plan of AIDS education at the workplace; the Ministry responsible for Education must develop school curricula for age and culture-specific AIDS education; the Ministry responsible for Social Affairs must design appropriate educational and condom supply programmes for clients and workers in the commercial sex trade. Finally, we must reach out to community-based and other NGOs, which have been a mainstay of AIDS prevention and care since the start of the epidemic, and ensure that NGOs are part of the national AIDS programme.

Target: By the end of 1993, we will have ensured that every sector has worked out a plan, that takes into account the sectoral implications and consequences of AIDS, and allocated funds to it, and will have established an effective high-level mechanism for the multisectoral coordination of the planned activities.

- 6) **We must make AIDS a top priority for external resource allocation so that our continent benefits from maximum international cooperation and solidarity in overcoming the epidemic and its impact.**

Financial requirements for AIDS prevention, care and control will place a heavy burden on countries around the world, developed and developing, but the gap between the resources needed and those available will be especially wide in Africa, against the background of the continent's heavy load of foreign debt, famine, and other diseases. The AIDS epidemic is certain to place a drain on Africa's health care resources, decimate its workforce, reduce industrial and agricultural production, and result in loss of educated professionals, consumers and purchasing power. A Plan of Action for Africa must be developed, costed and presented to the private sector, NGOs, philanthropic foundations and trusts, development assistance agencies of wealthier nations, and international organizations such as WHO, the World Bank, UNDP, UNICEF and others. At the same time, we must help ensure solidarity in the sharing of knowledge. We must see to it that local public opinion understands how important it is for Africa to participate on an equal footing with the industrialized countries in the global research effort to find effective drugs and vaccines against AIDS. Active participation in the process of research and development will help ensure that the products of research are both appropriate for and accessible to Africa.

Target: By the end of 1994, we will have collaborated in and produced a consolidated Plan of Action for Africa to attract the financing needed for controlling AIDS and containing the epidemic's consequences, and will begin to promote this Plan of Action at all international and donor forums.

DECLARATION SUR L'EPIDEMIE DE SIDA EN AFRIQUE

Nous, Chefs d'Etats ou de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine, réunis à l'occasion de la vingt-huitième session ordinaire de notre Assemblée à Dakar, du 29 juin au 1^{er} juillet 1992,

AYANT PRESENT À L'ESPRIT

- Que le SIDA est une maladie de plus parmi la myriade de problèmes de santé qui se posent au continent africain.
- Que contrairement à beaucoup de maladies, voire à presque toutes, le SIDA ne peut être prévenu ou guéri par aucun médicament ni vaccin et que les traitements palliatifs disponibles actuellement sont particulièrement lourds pour nos budgets de santé.
- Que d'ici l'an 2000, selon les estimations, 20 millions d'africains seront séropositifs, avec pour conséquence près de 1 million de décès chaque année.
- Qu'avec l'apparition du SIDA, des maladies que l'on avait presque réussi à endiguer, comme la tuberculose, redeviennent des problèmes de santé publique.
- Qu'avec l'apparition du SIDA, des millions d'enfants seront orphelins au cours de la décennie à venir.
- Que les progrès réalisés dans le domaine de la santé de la femme et de l'enfant grâce au succès des programmes de soins de santé primaires en matière de vaccination dans la plupart des Etats africains sont désormais menacés et seront littéralement réduits à néant par le SIDA.
- Que le VIH, ou virus du SIDA, se propage à la faveur de cet élan fondamental qui pousse les êtres humains à s'aimer, à rechercher les relations intimes ainsi que le contact physique, et à se perpétuer en tant qu'espèce, et que maîtriser et canaliser cet élan sont les seuls moyens d'assurer la survie de l'espèce.
- Que le SIDA mène à la frustration et au désespoir, tue les adultes jeunes et d'âge moyen qui sont des soutiens de famille, représentent le fer de lance de la main d'oeuvre et sont la clé du développement.
- Que le SIDA est un problème de santé majeur, préjudiciable à la situation socio-économique de notre continent.

DECLARONS que:

- 1) Prévenir est le seul moyen de ralentir la propagation du SIDA en Afrique et d'en réduire l'impact final. Il s'agit là d'un devoir national et d'un enjeu international.

- 2) Les soins communautaires et les soins à domicile, l'intégration aux soins de santé primaires des activités de lutte contre le SIDA, le renforcement de la capacité de gestion, la mise en place d'un système de surveillance par sentinelle, l'amélioration des soins infirmiers et du conseil, la sécurité des dons de sang et le soutien à des activités spéciales en faveur des jeunes et des femmes, sont parmi les stratégies rationnelles que tous nos Etats Membres se doivent d'adopter.

Entendons nous DEVOUER à ce PROGRAMME D'ACTION

- 1) **En nous engageant pleinement sur le plan politique afin de mobiliser l'ensemble de la société pour la lutte contre le SIDA.**

Nous devons insister sur la gravité et l'urgence du problème et annoncer à la population que la stabilité du pays et sa survie sont en jeu. Nous ne devons plus ménager les susceptibilités et devons parler franchement de la manière de prévenir le SIDA; aucun tabou ne se justifie lorsqu'il s'agit de sauver des millions de vies humaines. Il nous faut faire preuve d'imagination pour faire passer des messages de prévention clairs tout en respectant les normes sociales, culturelles et religieuses du pays et user de notre autorité morale pour susciter les changements de comportement individuel et collectif qui permettront de sauver des vies. Nous devons encourager les chefs traditionnels et religieux à faire de même et protéger ainsi leurs communautés du SIDA. Nous devons veiller à ce que tous les moyens de communication existants, traditionnels ou non, soient mis en œuvre pour expliquer comment le VIH se transmet et comment il ne se transmet pas, afin que chacun comprenne qu'il ne court aucun risque par simple contact en société avec des personnes infectées par le VIH. Nous devons en outre dissiper l'impression que le SIDA est une maladie qui n'attaque que certains groupes ou certaines populations et montrer, en en donnant personnellement l'exemple, que les personnes infectées par le VIH ou les malades du SIDA doivent être traités avec respect et compassion, conformément à la tradition de tolérance séculaire en Afrique.

But: D'ici à la fin de 1992, nous devons tous nous être fait publiquement reconnaître comme les chefs de file de la lutte contre le SIDA dans nos pays respectifs.

- 2) **En accélérant l'action préventive contre la transmission sexuelle du VIH.**

Si la tragédie de l'Afrique est due au fait que le SIDA s'est largement propagé avant que les chercheurs n'aient déterminé comment le VIH se transmettait, l'espoir de notre continent réside dans la jeune génération, qui a encore une chance d'échapper à l'infection. Nous devons donc saisir cette chance et faire en sorte que les garçons et les filles d'aujourd'hui – qui seront les pères et les mères des enfants de demain – soient indemnes du VIH. Nous devons veiller à ce que tous les jeunes soient informés en toute franchise sur la façon dont le virus se transmet; à ce qu'on leur apprenne comment protéger leur vie – notamment en sachant refuser les relations sexuelles et en incitant le partenaire à la prudence dans les rapports – et à leur donner accès aux préservatifs, aux services de planification familiale et à la prise en charge adéquate des autres maladies sexuellement transmissibles qui, non traitées, augmentent considérablement le risque de transmission du VIH. De son côté, la génération plus âgée doit accepter la responsabilité qui lui incombe de protéger les jeunes de l'exposition au VIH. Les femmes sont également un groupe vulnérable. Nous devons prendre des mesures décisives, y compris sur le plan législatif, pour améliorer l'éducation, les perspectives économiques et la condition sociale de la femme de sorte que celle-ci puisse mieux contrôler sa vie sexuelle et celle de ses partenaires. Le SIDA menace non seulement les femmes mais les nouveaux-nés africains, puisqu'un enfant sur trois nés de mère infectée par le VIH est lui-même infecté.

But: Avant la mi-1993, nous aurons tous fait en sorte que 100% des adultes de nos pays respectifs, y compris les adultes jeunes, sachent comment le VIH se transmet et comment ils peuvent se protéger et protéger les autres de l'infection.

3) En élaborant des plans pour traiter les personnes infectées par le VIH et les malades du SIDA et apporter un soutien à leur famille et aux survivants.

Dans tout juste huit ans, l'Afrique aura atteint un total cumulé de 18 millions de personnes infectées par le VIH. Déjà, les hôpitaux sont surchargés et les familles sont perturbées par la maladie ou la mort de leurs membres les plus productifs. Nous devons veiller à ce qu'un plan rationnel de soins financé par des ressources nationales et extérieures soit élaboré. Nous devons faire en sorte que les programmes nationaux de médicaments essentiels pourvoient aux besoins des millions d'africains infectés dont il faudra au moins soulager les souffrances et traiter les maladies couramment liées au VIH, telles que les maladies sexuellement transmissibles, les diarrhées, les mycoses, la pneumonie et la tuberculose. Nous devons veiller à établir des liens et une collaboration entre le secteur de la santé et les structures communautaires, y compris les organisations religieuses, caritatives et non gouvernementales (ONG), de sorte que les patients puissent être soignés principalement à domicile ou en ambulatoire. Nous devons aussi prévoir les perturbations de la vie familiale et communautaire qui résulteront des décès dus au SIDA et prévoir, d'ores et déjà, des moyens de prendre en charge et d'aider les survivants, et notamment les 10 millions d'orphelins du SIDA que l'on prévoit dans les années 90 – là encore en étroite collaboration avec les organisations à assise communautaire. L'éducation et les soins destinés aux populations mobiles doivent faire l'objet d'une attention particulière.

But: Avant la mi-1992, nous aurons adopté un plan rationnel de soins pour les malades du SIDA, notamment au moyen de médicaments essentiels pour les maladies liées au VIH, ainsi qu'un plan rationnel de prise en charge et de soutien familial ou communautaire des survivants, et en particulier des orphelins.

4) En soutenant les recherches nécessaires sur le SIDA.

La recherche est un élément nécessaire au développement des connaissances en vue de comprendre le problème du SIDA en Afrique et de maîtriser l'infection à VIH. Si la collaboration entre chercheurs de pays développés et chercheurs africains doit continuer à être encouragée et soutenue, il est important également de développer les capacités de recherche en Afrique même. Les travaux de recherche doivent porter spécifiquement sur les problèmes qu'engendre le SIDA en Afrique.

Il faudrait mettre en place un mécanisme pour garantir la coordination de la recherche sur le SIDA entre les pays et l'application d'un code d'éthique.

Il conviendrait également d'entreprendre des recherches sur les plantes médicinales, dont certaines se sont révélées efficaces.

But: D'ici à la fin de 1993, nous aurons approuvé un plan d'action national pour la promotion et la coordination de la recherche sur le SIDA dans nos pays respectifs, comportant un code d'éthique pratique de la recherche sur le SIDA.

- 5) En usant de notre autorité pour faire en sorte que tous les secteurs de la société s'unissent pour lutter contre l'épidémie de SIDA.

Nous devons veiller à ce que tous les secteurs – privé et public – comprennent ce qu'ils ont à perdre du fait du SIDA et de ses conséquences socio-économiques et par contre, ce qu'ils ont à gagner en contribuant à une action efficace de lutte contre le SIDA. Nous devons demander aux ministres responsables de chaque secteur d'élaborer et d'appliquer des plans appropriés et de prévoir les ressources nécessaires. Pour ne citer que quelques exemples, le Ministère de la Santé doit jouer un rôle essentiel en élaborant les stratégies appropriées pour promouvoir les changements de comportement et prévenir la propagation du VIH par le sang infecté ou par des aiguilles et du matériel effractif non stérilisés, de même que pour assurer les soins aux malades et la surveillance de l'épidémie; le Ministère du Travail doit entreprendre des études sur les conséquences du SIDA sur l'offre de main-d'œuvre et prévoir des activités éducatives sur le lieu de travail; le Ministère de l'Education doit élaborer des programmes scolaires de façon à pouvoir dispenser une éducation sur le SIDA adaptée à l'âge des enfants et au contexte culturel; le Ministère des Affaires sociales doit concevoir des programmes éducatifs appropriés et des programmes d'approvisionnement en préservatifs pour les prostituées et leurs clients. Enfin, il faut que nous mobilisions les organisations communautaires et autres ONG qui ont été le pilier de l'action de prévention et de soins depuis le début de l'épidémie de SIDA et fassions en sorte que les ONG soient associées au programme national de lutte contre le SIDA.

But: D'ici à la fin de 1993, nous aurons fait en sorte que tous les secteurs aient élaboré un plan qui tienne compte des répercussions sectorielles et des conséquences du SIDA et lui aient alloué des fonds, et aurons mis en place, à haut niveau, un mécanisme efficace de coordination multisectorielle des activités prévues.

- 6) En faisant du SIDA une priorité absolue pour l'affectation des ressources extérieures de sorte que notre continent bénéficie d'une coopération et d'une solidarité internationales maximales pour faire face à l'épidémie et à ses conséquences.

La lutte contre le SIDA, et notamment la prévention et les soins, vont obérer les ressources financières de tous les pays du monde, développés et en développement, mais l'écart entre les ressources nécessaires et les ressources disponibles sera particulièrement important en Afrique, compte tenu des autres problèmes auxquels doit faire face ce continent (lourde dette extérieure, famine, autres maladies). L'épidémie de SIDA va inévitablement drainer les ressources destinées aux soins de santé en Afrique, décimer sa population active, réduire la production industrielle et agricole et entraîner une perte de cadres qualifiés, de consommateurs et de pouvoir d'achat. Un plan d'action pour l'Afrique doit être élaboré, chiffré et présenté au secteur privé, aux ONG, aux fondations et organismes philanthropiques, aux organismes d'aide au développement des pays riches et aux organisations internationales comme l'OMS, la Banque mondiale, le PNUD, l'UNICEF et d'autres. En même temps, nous devons aider à favoriser la solidarité dans le partage des connaissances. Nous devons veiller à ce que l'opinion publique de nos pays respectifs comprenne combien il est important pour l'Afrique de participer, sur un pied d'égalité avec les pays industrialisés, à l'effort mondial de recherche de médicaments et de vaccins efficaces contre le SIDA. Une participation active à la recherche et au développement permettra de garantir que les produits de la recherche soient à la fois adaptés aux besoins du continent africain et accessibles.

But: D'ici à la fin de 1994, nous aurons élaboré tous ensemble un plan global pour l'Afrique susceptible d'attirer les ressources financières nécessaires pour lutter contre le SIDA et limiter les conséquences de l'épidémie, et commencerons à promouvoir ce plan auprès de toutes les instances internationales et des donateurs.

DECLARACAO SOBRE A EPIDEMIA DE SIDA EM AFRICA

Nós, Chefes de Estado e de Governo da Organização da Unidade Africana, reunidos em Dacar de 29 de Junho a 1 de Julho de 1992, na 28ª Sessão Ordinária da nossa Assembleia,

CONSCIENTES

- Que a SIDA é mais uma outra doença entre os inúmeros problemas de saúde do continente africano.
- Que ao contrário de muitas ou de quase todas as outras doenças não existe nenhum medicamento nem vacina para curar ou evitar a SIDA, e que os medicamentos paliativos actualmente disponíveis representam um desafio especial para os nossos orçamentos de saúde.
- Que, conforme os cálculos, no ano 2000 haverá 20 milhões de africanos VIH positivos, causando cerca de 1 milhão de mortes por ano.
- Que com o aparecimento da SIDA, certas doenças que estavam quase controladas, em particular a tuberculose, voltam a ser problemas de saúde pública.
- Que com o aparecimento da SIDA, milhões de crianças ficarão orfãs na próxima década.
- Que os progressos conseguidos no campo da saúde das crianças e das mulheres, graças a programas de cuidados primários de saúde bem sucedidos na maioria dos estados africanos, estão a ser ameaçados e serão na realidade anulados pela SIDA.
- Que o VIH, o vírus da SIDA, se transmite devido à necessidade humana fundamental de amor, intimidade, contacto físico e reprodução da espécie, e que controlar e orientar tal aspiração é a única maneira de assegurar a sobrevivência da nossa espécie.
- Que a SIDA causa frustração e desespero, mata adultos jovens e de meia-idade que são o pilar da família, a base da força de trabalho e a chave do desenvolvimento.
- Que a SIDA é um problema de saúde importante que afecta a situação socioeconómica do nosso continente.

DECLARAMOS que:

- 1) A prevenção é a única solução para diminuir a transmissão da SIDA na África e conter o seu impacto. Isto é uma responsabilidade nacional e um desafio internacional.
- 2) Os cuidados na comunidade e no domicílio, integrando actividades ligadas à SIDA nos cuidados primários de saúde, melhorando as capacidades de gestão, realizando actividades de vigilância, melhorando os cuidados de enfermagem e as capacidades de orientação, assegurando a inocuidade do sangue e apoiando actividades especiais destinadas a jovens e

mulheres, estão entre as estratégias racionais que todos os nossos Estados Membros devem adoptar.

COMPROMETEMO-NOS a favor deste PROGRAMA DE ACÇÃO:

- 1) **Dando todo o nosso empenho político para mobilizar a sociedade como um todo na luta contra a SIDA.**

Devemos insistir sobre a gravidade e urgência da epidemia, e anunciar às nossas populações que estão em jogo a estabilidade do país e a sua sobrevivência. Devemos deixar de lado as susceptibilidades e falar francamente sobre a forma de evitar a SIDA, pois nenhum tabú se justifica quando se trata de salvar milhões de vidas. Temos de dar provas de imaginação para acomodar mensagens de prevenção claras dentro do contexto das normas sociais, culturais e religiosas dos nossos países, e exercer autoridade moral para conseguir alterações de comportamento individual e colectivo capazes de salvar vidas. Devemos encorajar os chefes tradicionais e religiosos a fazer o mesmo, protegendo assim as suas próprias comunidades contra a SIDA. Devemos velar para que todos os meios de comunicação existentes, tradicionais ou não, sejam utilizados para explicar como se transmite e como não se transmite o VIH, para que todas as pessoas compreendam que não correm nenhum risco por simples contacto social com indivíduos infectados pelo VIH. Por outro lado, devemos dissipar a impressão de que a SIDA é uma doença que só ataca certos grupos ou populações e mostrar, dando pessoalmente o exemplo, que as pessoas com o VIH ou a SIDA devem ser tratadas com respeito e compaixão, de acordo com a tradição secular de tolerância da África.

Objectivo: Que até ao fim de 1992, cada um de nós será publicamente reconhecido como líder da luta contra a SIDA no respectivo país.

- 2) **Intensificando as medidas destinadas a evitar a transmissão do VIH por contacto sexual.**

Se a tragédia da África se deve ao facto da SIDA se ter propagado imenso antes dos cientistas reconhecerem como se transmitia o VIH, a esperança da África reside na sua geração mais jovem que ainda tem uma possibilidade de escapar à infecção. Devemos aproveitar esta oportunidade e assegurar que as raparigas e rapazes de hoje, que serão as mães e os pais das crianças de amanhã, não sejam afectados pelo VIH. Devemos velar para que todos os jovens recebam informação franca sobre a maneira como o vírus se transmite; aprendam maneiras de proteger a vida, incluindo força de vontade para dizer não a relações sexuais e capacidade para garantir relações seguras; e tenham acesso a preservativos, serviços de planeamento familiar e tratamento apropriado das doenças transmitidas por contacto sexual (DST) que, não tratadas, aumentam o risco de transmissão do VIH. Ao mesmo tempo, a geração mais velha deve aceitar a responsabilidade de proteger os jovens contra a exposição ao VIH. As mulheres são outro grupo vulnerável. Devemos tomar medidas decisivas incluindo legislação para melhorar a educação, as perspectivas económicas e o estatuto social da mulher para que esta possa controlar melhor a sua vida sexual e a dos seus parceiros. A SIDA não ameaça unicamente as mulheres mas também os recém-nascidos africanos pois 1 em cada 3 bebés nascidos de mães infectadas por VIH está também infectado.

Objectivo: Até aos meados de 1993, todos nós teremos conseguido que 100% da nossa população adulta, incluindo adolescentes e adultos jovens, saiba como se transmite o VIH e como cada um se pode proteger e proteger os outros da infecção.

- 3) **Planeando a prestação de cuidados às pessoas infectadas por VIH e doentes com SIDA, e o apoio às suas famílias e sobreviventes.**

Em oito anos, a África terá um total acumulado de 18 milhões de infecções por VIH. Os hospitais já estão sobrecarregados com as necessidades das pessoas infectadas por VIH e as famílias são dizimadas pela doença e morte dos seus membros mais produtivos. Devemos velar para que seja elaborado um plano racional de cuidados para os casos de SIDA, financiado com recursos nacionais e externos. Devemos assegurar que os nossos programas nacionais de medicamentos essenciais entrem em linha de conta com os milhões de africanos infectados que precisarão, no mínimo, de alívio para a dor e tratamento para as doenças mais vulgares relacionadas com o VIH, tais como doenças transmitidas por contacto sexual, diarreia, micoses, pneumonia e tuberculose. Devemos assegurar a ligação e a colaboração entre o sector da saúde e as estruturas comunitárias, incluindo organizações religiosas, de caridade e outras organizações não-governamentais (ONGs), para que os pacientes possam ser cuidados principalmente no domicílio ou numa base de cuidados ambulatoriais. Ao mesmo tempo, devemos prever as perturbações nas famílias e nas comunidades resultantes das mortes por SIDA, e planear desde já formas de cuidar e ajudar os sobreviventes, incluindo os 10 milhões de orfãos previstos para a década dos anos 90, uma vez mais em colaboração estreita com organizações de base comunitária. Deve ser dada atenção especial à educação e cuidados das populações itinerantes.

Objectivo: Até aos meados de 1993, teremos adoptado um plano racional de tratamento da SIDA, incluindo medicamentos essenciais para doenças relacionadas com o VIH, e um plano racional para prestação de cuidados no domicílio ou comunitários e apoio aos sobreviventes, incluindo os orfãos.

- 4) **Apoiando a realização de investigação correcta e pertinente sobre a SIDA.**

A investigação é uma componente necessária para o desenvolvimento do conhecimento que leva a compreender o problema da SIDA em África e a encontrar formas de lutar contra a infecção pelo VIH. Enquanto se deve continuar a fomentar e apoiar a colaboração entre cientistas de países desenvolvidos e cientistas africanos, é importante reforçar e promover a capacidade de investigação na própria África.

Deve haver um mecanismo capaz de assegurar a coordenação da investigação sobre a SIDA entre os países e o estabelecimento dum código de ética.

Também se devem fazer esforços que tenham por objectivo a investigação sobre plantas medicinais pois foi demonstrado que algumas delas têm potência.

Objectivo: Até ao fim de 1993, teremos aprovado um Plano Nacional de Acção para promoção e coordenação da investigação sobre a SIDA nos nossos países, incluindo um código de ética sobre tal investigação.

- 5) **Empregando a nossa autoridade para assegurar que todos os sectores da sociedade trabalhem em conjunto para lutar contra a epidemia de SIDA.**

Devemos velar para que todos os sectores, privados e públicos, compreendam o que poderão perder por causa da SIDA e das suas repercussões socioeconómicas, e o que podem ganhar contribuindo para uma acção eficaz de prevenção e luta contra a SIDA. Devemos pedir aos ministros responsáveis de cada sector para elaborarem e aplicarem planos pertinentes e porem à disposição os recursos necessários. Para dar alguns exemplos, o ministério responsável pela saúde deve desempenhar

um papel essencial na elaboração de estratégias apropriadas para alterações de comportamento e prevenção da propagação do VIH através de sangue infectado ou agulhas e utensílios de perfuração da pele não esterilizados, assim como para prestação de cuidados aos pacientes e vigilância da epidemia. A continuidade deve ser assegurada reforçando todas as infra-estruturas de saúde e integrando todos os programas de saúde. O ministério responsável pelo trabalho deve realizar estudos sobre o impacto da SIDA sobre a disponibilidade de mão-de-obra e planear actividades de educação sobre a SIDA no local de trabalho. O ministério responsável pela educação deve elaborar programas escolares para educação sobre a SIDA adaptada à idade e ao contexto cultural. O ministério responsável pelas questões sociais deve conceber programas apropriados de educação e de fornecimento de preservativos para prostitutas e seus clientes. Finalmente, precisamos de obter a colaboração das organizações comunitárias e outras ONGs que têm sido a força de prevenção e prestação de cuidados desde o início da epidemia, e assegurar a participação das ONG nos programas nacionais de luta contra a SIDA.

Objectivo: Até ao fim de 1993, teremos assegurado que todos os sectores elaboraram e atribuíram fundos a um plano que toma em consideração as implicações sectoriais e as consequências da SIDA, e terão estabelecido um mecanismo eficaz de alto nível para a coordenação multisectorial das actividades planeadas.

- 6) **Tornando a SIDA uma prioridade absoluta para a atribuição de recursos externos de maneira que o nosso continente beneficie de uma cooperação e de uma solidariedade internacionais máximas para dominar a epidemia e o seu impacto.**

As exigências em recursos financeiros para prevenção, cuidados e luta contra a SIDA serão um fardo pesado para todos os países do mundo, desenvolvidos ou em desenvolvimento, mas a diferença entre os recursos necessários e os disponíveis será especialmente importante na África, considerando os problemas deste continente (pesada dívida externa, fome e outras doenças). A epidemia da SIDA vai inevitavelmente esgotar os recursos de cuidados de saúde de África, dizimar a sua força de trabalho, reduzir a produção industrial e agrícola, e provocar a perda de profissionais qualificados, consumidores e poder de compra. Deve elaborar-se um Plano de Acção para a África cujo custo deve ser avaliado, e que deve ser apresentado ao sector privado, às organizações não-governamentais, às fundações e organismos filantrópicos, às agências de países ricos de auxílio ao desenvolvimento, e às organizações internacionais tais como a OMS, o Banco Mundial, o PNUD, o UNICEF e outras. Ao mesmo tempo, devemos ajudar a assegurar a solidariedade na troca de conhecimentos. Devemos verificar se a opinião pública de cada país compreende bem como é importante para a África participar em pé de igualdade com os países industrializados no esforço mundial de investigação para descobrir medicamentos e vacinas eficazes contra a SIDA. A participação activa na investigação e desenvolvimento ajudará a garantir que os produtos da investigação são adequados e acessíveis para a África.

Objectivo: Até ao fim de 1994, teremos elaborado em conjunto um plano global para a África capaz de atrair os recursos financeiros necessários para lutar contra a SIDA e limitar as consequências da epidemia, e teremos começado a sua promoção junto de todos os foros internacionais e de doadores.

الاعلان الخاص بوباء الايدز في أفريقيا

نحن، رؤساء دول وحكومات منظمة الوحدة الأفريقية، المجتمعون في الدورة العادية الثامنة والعشرين لجمعية العامة في داكار في الفترة بين ٢٩ حزيران/يونيو و ١ تموز/يوليو ١٩٩٢.

اذ نأخذ بعين الاعتبار:

- أن الايدز يشكل مرضا آخر من جملة آلاف المشكلات الصحية التي تواجهها القارة الأفريقية .
- وأن الايدز، خلافا للعديد من الأمراض الأخرى، ان لم نقل كلها تقريبا، لا تتوفر له عقاقير أو لقاحات تقي منه أو تشفيه وأن الأدوية المساندة المتاحة حاليا تشكل عبئا خاصا على ميزانياتنا الصحية .
- وأن عدد الأفارقة الذين تشير التقديرات الى أنهم سيكونون من حملة فيروس العوز المناعي البشري، بحلول عام ٢٠٠٠، سيكون ٢٠ مليون نسمة، بحلول عام ٢٠٠٠، سيسبب قرابة مليون حالة وفاة سنويا .
- وأن بعض الأمراض التي كادت تتم السيطرة عليها، وأهمها التدرن أصبحت، مع ظهور الايدز، تمثل مجددا مشكلة من مشكلات الصحة العامة .
- وأن ملايين الأطفال سيتيتمون مع ظهور الايدز على مدى العقد المقبل .
- وأن المكاسب الفعلية التي تحققت فيما يتعلق بالوضع الصحي للأطفال والنساء والناجمة عن نجاح برامج الرعاية الصحية الأولية في معظم الدول الأفريقية أصبحت الآن في خطر وقد يبطلها ويعكسها مرض الايدز فعليا .
- وأن فيروس العوز المناعي البشري، أي فيروس الايدز، ينتشر من خلال الغريزة الانسانية الأساسية المتمثلة في نشدان الحب والمودة والألفة والتوالد وأن التحكم في هذه الغريزة وتوجيهها هو السبيل الوحيد لضمان بقاء الانسان .
- وأن الايدز يفضي الى الاحباط واليأس ويقتل صغار البالغين ومتوسطي العمر منهم الذين يشكلون عماد الأسرة والجزء الرئيسي من القوى العاملة ومفتاح التنمية .
- وأن الايدز مشكلة صحية رئيسية تؤثر في الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية لقارتنا .

نعلن أن:

- (١) الوقاية هي السبيل للحد من سرعة انتشار الايدز في أفريقيا ولاحتواء آثاره النهائية، وهي من المسؤوليات الوطنية والتحديات الدولية المطروحة .
- (٢) الرعاية المجتمعية والمنزلية ودمج أنشطة الايدز في الرعاية الصحية الأولية وتحسين القدرات العلاجية والقيام بالترصد الدائم والارتقاء بالرعاية التمريضية والمهارات الاستشارية وضمان سلامة الدم والأنشطة الخاصة الداعمة واستهداف الشباب والنساء وجميعها من بين الاستراتيجيات الرشيدة التي يتعين على كافة دولنا الأعضاء اتباعها .

نلتزم بجدول العمل التالي:

(١) بالتزامنا السياسي بتعبئة المجتمع كله من أجل مكافحة الايدز.

علينا أن نوكد على خطورة الوباء وطابعه الملح، وأن نعلن لشعوبنا أن استقرار البلد وبقاءه في خطر. وعلينا أن نتغلب على الحساسيات وأن نتحدث بصراحة عن كيفية الوقاية من الايدز، يجب ألا يسمح لأي محرمات تقليدية باعاقة انقاذ ملايين الأرواح. وعلينا أن نجد الأساليب المبتكرة لمواءمة رسائل الوقاية الواضحة مع سياق القواعد الاجتماعية والثقافية والدينية في بلداننا وأن نمارس القيادة الأدبية لحدوث التغييرات المنقذة للحياة في السلوك الفردي والجماعي. وعلينا أن نشجع القيادات التقليدية والدينية على أن يفعلوا الشيء ذاته، وبذلك يحمون مجتمعاتهم المحلية من الايدز. وعلينا أن نكفل استخدام كافة وسائل الاتصال المتاحة، التقليدية منها أو غير التقليدية، لشرح كيف ينتقل الفيروس - وكيف لا ينتقل، بحيث يفهم جميع الناس أنهم لا يتعرضون لأي خطر نتيجة للاتصال الاجتماعي مع الأشخاص المصابين بعدوى فيروس الايدز. وعلينا أن نقاوم الانطباع بأن الايدز مرض لا يصيب الا مجموعات أو فئات معينة من السكان وأن نوضح بالقوة الشخصية أنه يجب معاملة الأشخاص المصابين بعدوى الفيروس أو بمرض الايدز باحترام وعطف، تمشيا مع تقاليد السماحة المتأصلة في أفريقيا.

الهدف المنشود: بحلول نهاية عام ١٩٩٢، يكون قد أعلن علنا الاعتراف بأن كل واحد منا هو قائد للنضال لمكافحة الايدز في بلده.

(٢) بتكثيف الاجراءات الرامية الى منع انتقال فيروس العوز المناعي البشري بالاتصال الجنسي.

إذا كانت المأساة في أفريقيا هي أن الايدز انتشر على مدى فترة طويلة قبل أن يعرف العلماء كيف ينتقل فيروس العوز المناعي البشري، فإن الأمل في أفريقيا ينعقد على جيلها الشاب الذي لاتزال أمامه فرصة للهروب من العدوى. وعلينا أن نغتنم هذه الفرصة لضمان تأمين فتيات وفتيان اليوم - الذين هم أمهات وآباء الغد - من الإصابة بفيروس الايدز. وعلينا أن نكفل حصول جميع الشباب على معلومات صريحة عن كيفية انتشار الفيروس وتثقيفهم لمعرفة المهارات التي تنقذ الحياة - بما في ذلك الشجاعة على الامتناع عن ممارسة الجنس، والقدرة على العمل على أن تكون ممارسة الجنس مأمونة وتوفير الرفالات لهم وتمكينهم من الحصول على خدمات تنظيم الأسرة والعلاج المناسب للأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي التي تزيد بدرجة كبيرة مخاطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري إذا بقيت دون علاج. وفي الوقت نفسه يتعين على الجيل الأكبر أن يقبل مسؤوليته لحماية الشباب من التعرض لفيروس الايدز. والنساء يشكلن مجموعة أخرى معرضة للمخاطر. وعلينا أن نتخذ اجراءات حاسمة منها سن التشريعات لتحسين فرص تعليم المرأة وآفاقها الاقتصادية ومركزها الاجتماعي بحيث تستطيع السيطرة بشكل أفضل على حياتها الجنسية والحياة الجنسية لشركائها. فالايديز لا يهدد المرأة نفسها وحسب، ولكنه يهدد مواليد أفريقيا حيث ان رضيعا واحدا من كل ثلاثة رضع يولدون من نساء مصابات بالفيروس يكون مصابا هو نفسه بالفيروس.

الهدف المنشود: بحلول منتصف عام ١٩٩٣، يكون كل واحد منا قد كفل أن ١٠٠٪ من البالغين في بلده، بمن فيهم المراهقين وشباب البالغين يعرفون كيفية انتقال فيروس العوز المناعي البشري وكيفية وقاية أنفسهم ووقاية الآخرين من العدوى.

(٣) بالتخطيط لرعاية المصابين بفيروس العوز المناعي البشري وبالايدز ولدعم أسرهم والباقيين من بعدهم .

في غضون ثمانية أعوام فقط، سيكون بأفريقيا اجمالي تراكمي قدره ١٨ مليون حالة عدوى بفيروس العوز المناعي البشري. ولقد ناء كاهل المستشفيات بالفعل باحتياجات الأشخاص المصابين بالفيروس، واضطربت الأسر بسبب مرض وموت أفرادها الأكثر إنتاجا. ولابد لنا أن نكفل وضع خطة رشيدة لرعاية مرضى الايدز، تمول بموارد وطنية وخارجية. وعلينا أن نكفل أن تقدم برامجهم الوطنية الخاصة بالعقاقير الأساسية لملايين الأشخاص المصابين في أفريقيا على الأقل ما يحتاجونه من عقاقير مسكنة للألم ومعالجة الأمراض الشائعة المتصلة بفيروس الايدز، مثل الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي والاسهال والأمراض الفطرية والالتهاب الرئوي والتدرن. ولابد أن نكفل الترابط والتعاون بين القطاع الصحي العام والهياكل المجتمعية، بما فيها المنظمات الدينية والخيرية وغيرها من المنظمات غير الحكومية، بحيث تتسنى رعاية المرضى في المنزل بالدرجة الأولى أو في العيادات الخارجية للمستشفيات. وعلينا في الوقت نفسه أن نتوقع اضطراب الأسر والمجتمعات المحلية الذي سينجم عن وفيات مرضى الايدز وأن نخطط منذ الآن لأساليب رعاية واعالة الباقيين على قيد الحياة بعد موت معيبيهم، بمن فيهم ١٠ ملايين يتيم خلال التسعينات بسبب الايدز حسب ما تشير اليه الاسقاطات - بالتعاون الوثيق أيضا مع المنظمات المجتمعية. ويجب ايلاء اهتمام خاص لتثقيف ورعاية المجموعات السكانية المتنقلة.

الهدف المنشود: بحلول منتصف عام ١٩٩٣، نكون قد اعتمدنا خطة رشيدة لرعاية مرضى الايدز، بما في ذلك العقاقير الأساسية للأمراض المتصلة بفيروس العوز المناعي البشري وخطة رشيدة للرعاية على أساس الأسرة أو المجتمع المحلي واعالة الباقيين على قيد الحياة الذين يخلفهم مرضى الايدز المتوفون، بمن فيهم الأيتام .

(٤) بدعم بحوث الايدز المناسبة وذات الصلة .

ان البحوث عنصر ضروري لتطوير المعارف التي تؤدي الى فهم مشكلة الايدز في أفريقيا ووسائل مكافحة عدوى فيروس العوز المناعي البشري. وفي حين ينبغي أن يستمر تعزيز ودعم التعاون بين الباحثين من البلدان المتقدمة وزملائهم في أفريقيا، فان من الأهمية بمكان تعزيز وتقوية القدرات البحثية في أفريقيا. وينبغي توجيه بحوث الايدز نحو تناول مشاكل الايدز التي تتفرد بها أفريقيا.

وينبغي انشاء آلية لضمان تنسيق بحوث الايدز بين البلدان وتطبيق أحكام مدونة للقواعد الأخلاقية في هذا الصدد.

وينبغي أيضا بذل الجهود وتوجيهها صوب بحوث الأعشاب الطبية لأن بعضها أثبت نجاعته .

الهدف المنشود: بحلول نهاية عام ١٩٩٣، نكون قد أقررنا خطة عمل وطنية لتعزيز وتنسيق بحوث الايدز في بلداننا، بما في ذلك وضع مدونة أخلاقية عملية لبحوث الايدز.

(٥) استخدام مركزنا القيادي لضمان اشتراك جميع قطاعات المجتمع في العمل من أجل التصدي لوباء الايدز.

يجب أن نعمل على ضمان فهم كل قطاع بدون استثناء من القطاعات الخاصة أو الحكومية ما الذي يرجح أن يفقده هذا القطاع بسبب الايدز وفهم عواقب المرض الاجتماعية الاقتصادية، وبالتالي كيفية الاستفادة من الوقاية من الايدز ومكافحته بصورة فعالة وكيفية المشاركة في جهود الوقاية والمكافحة. ويتعين علينا أن نوجه وزراء كل قطاع الى وضع وتنفيذ الخطط المناسبة وتوفير الموارد اللازمة. وعلى سبيل المثال، يجب أن تقوم الوزارة المسؤولة عن الصحة بدور رئيسي في وضع استراتيجيات مناسبة لتغيير السلوك. وفي منع انتشار فيروس الايدز عن طريق الدم الملوث أو الابر غير المعقمة أو أدوات اختراق الجلد، وكذلك في رعاية المرضى وفي ترصد الوباء. ولابد من تأمين الاستمرارية عن طريق تعزيز جميع البنيات الأساسية الصحية وتحقيق التكامل بين جميع البرامج الصحية. ويتعين على الوزارة المسؤولة عن العمل أن تجري دراسات عن أثر الايدز في توافر اليد العاملة والتخطيط للتثقيف بشأن الايدز في مكان العمل. وعلى الوزارة المسؤولة عن التعليم أن تعد مناهج مدرسية للتعليم بشأن الايدز بما يتفق مع كل سن وكل ثقافة على حدة. أما الوزارة المسؤولة عن الشؤون الاجتماعية فإن عليها أن تصمم برامج تثقيفية وبرامج لتوفير الرفالات للزبائن والعاملين في تجارة الجنس. وأخيراً، فإن علينا أن ندعم المنظمات المجتمعية وسائر المنظمات الحكومية التي ظلت عمادا لجهود الوقاية من الايدز ورعاية مرضاه منذ اضطرار الوباء وأن نكفل أن يكون عمل المنظمات غير الحكومية جزءاً من البرنامج الوطني لمكافحة الايدز.

الهدف المنشود: بحلول نهاية عام ١٩٩٣، نكون قد كفلنا أن كل قطاع قد وضع خطة تأخذ في الاعتبار آثار مرض الايدز وعواقبه، وخصصنا لها الاعتمادات اللازمة، وأن نكون قد أنشأنا آلية فعالة رفيعة المستوى للتنسيق المتعدد القطاعات للأنشطة المخطط لها.

(٦) باعطاء أولوية قصوى للايدز في تخصيص الموارد الخارجية بحيث تستفيد قارتنا من أقصى قدر ممكن من التعاون والتضامن الدوليين في التغلب على الوباء وآثاره.

سوف تلقي المتطلبات المالية للوقاية من الايدز ورعاية مرضاه ومكافحته عبئا ثقيلا على البلدان في جميع أنحاء العالم، النامية منها والمتقدمة، لكن الهوة بين الموارد المطلوبة والموارد المتاحة ستكون واسعة بنوع خاص في أفريقيا في ظل العبء الثقيل لمديونية القارة الخارجية والمجاعات وسائر الأمراض المنتشرة فيها. ومن المؤكد أن وباء الايدز سوف يستنزف موارد الرعاية الصحية في أفريقيا ويبيد قوتها العاملة ويقلل انتاجها الصناعي والزراعي ويفضي الى فقدان المهنيين المتعلمين والمستهلكين والقوة الشرائية. ولابد من وضع خطة لأفريقيا، ومن حساب تكاليف هذه الخطة وتقديمها الى القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الخيرية والصناديق الائتمانية ووكالات المساعدة الانمائية في البلدان الأكثر ثراء والى المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وبرنامج الأمم المتحدة الانمائي واليونسيف والمنظمات الأخرى.

ولابد في الوقت نفسه أن تساعد في تأمين التضامن في اقتسام المعارف. ولابد أن تكفل ادراك الرأي العام المحلي لمدى أهمية اشتراك أفريقيا على قدم المساواة مع البلدان الصناعية في الجهود البحثية العالمية من أجل ايجاد عقاقير ولقاحات ناجعة ضد الايدز. وسوف تساعد المشاركة النشطة في عملية البحث والتطوير في ضمان ملاءمة نواتج البحوث واتاحتها لأفريقيا.

الهدف المنشود: بحلول نهاية عام ١٩٩٤، نكون قد تعاونا في وضع خطة موحدة لأفريقيا لاستقطاب التمويل المطلوب لمكافحة الايدز واحتواء عواقب الوباء وبدأنا في الترويج لهذه الخطة في جميع المحافل الدولية ومحافل الجهات المانحة.

- Plan for longterm financial support for global HIV/AIDS effort
- Develop international ^{priority} targets for the global response
- Plan for intensifying efforts for developing ^{preventive} interventions (vaccines, ^{circumcisions}, behavioral etc.)
- Financial mechanism for procurement of STD drugs, condoms, HIV diagnostics
- Developing more effective coordination among & between multilaterals, bilaterals, NGOs, ^{not} country
- Support for a multisectoral response ~~the~~ including a greater
- ~~Developing states~~ ^{social,} inclusion of development and economic causes and consequences of the global epidemic
 - need multi-ministry involvement
 - inclusion of human rights and women's equality



Embassy of the United States of America

Paris, France

DATE:

6 April 1994

TO:

Dr. Kenneth BernardHHSFAX # 301-443-0742

PHONE # _____

FROM:

Kyle BoreScience Officer

Office of Scientific, Technological,
and Environmental Affairs
American Embassy
2 ave. Gabriel 75008 Paris

PHONE: (33) (1) 42-96-12-02, x2730/2731

FAX #: (33) (1) 42-66-97-83

THIS MESSAGE CONSISTS OF 1 PAGES FOLLOWING THIS COVER SHEET.

COMMENTS:

12-93
Talking points
from Nancy
H-J

GLOBAL AIDS/HIV INFORMATION

- * Originally identified in homosexual populations, three-quarters of all worldwide HIV infections have been transmitted through heterosexual intercourse. Other modes of transmission include contaminated blood transfusions, the sharing of intravenous drug injection equipment, and transmission from mother to child during pregnancy.
- * The World Health Organization estimates that by the year 2000 the cumulative total of HIV infections in men, women, and children will be between 30 and 40 million. This is probably a conservative prediction.
- * HIV has a long incubation period between infection and illness of between 5 and 10 years. Current AIDS-related deaths are resulting from initial infections of almost a decade ago, and infections today are unlikely to manifest themselves until the next century.
- * Because HIV is predominately transmitted sexually, AIDS kills many people in the 20s, 30s and 40s - their economically most productive as well as their childbearing years. The world's youth, whose median age of first intercourse is now 15 to 16 years of age and in some places as young as 12, are especially vulnerable. This is the population that will drive the pandemic in the future.
- * By the year 2000, 90 percent of the HIV infections will have occurred in the developing world. The WHO estimates that by mid-1993 more than 8 million HIV infections and 1.5 million cases of AIDS have occurred in sub-Saharan Africa. In some cities across the African continent, HIV has infected between a quarter and a third of adults between the ages of 15 to 49. Figures for North Africa and the Middle East are unclear but the WHO believes that more than 75,000 cumulative HIV infections have occurred in that region.
- * There is indication that Asia will surpass Africa in terms of numbers of HIV positive persons. The spread of the disease in Thailand and India is growing at an exponential rate and is attributed to commercial sex trade and increased users of injecting drugs.
- * Both Central Asia and Eastern Europe are experiencing increases in numbers of HIV positive persons. Contributing factors, such as the increase in commercial sex trade for hard currency, migration throughout the region, and intravenous drug use, combined with health systems in distress, can have a negative effect on attempts to prevent the further spread of HIV/AIDS. The WHO estimates 50,000 cumulative cases in the region.

- * The Latin American and Caribbean region claim approximately 1.5 million infections with over 240,000 AIDS cases.
- * In Australia, North America, and Western Europe, there have been an estimated 1.5 million cumulative HIV adult infections with over 400,000 cases of AIDS. Over one million of these infections have occurred in the United States.

US INVOLVEMENT IN GLOBAL HIV/AIDS

- * The major US government agencies involved with HIV/AIDS internationally are: The Department of Health and Human Services (Centers for Disease Control and the National Institutes of Health - Fogerty International Center), Agency for International Development and the Department of Defense. Ongoing programs include research, training, technical assistance and prevention activities.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

- * Through requests from the World Health Organization (WHO), the Pan American Health Organization (PAHO), and the U.S. Agency for International Development (USAID), CDC provides short term technical assistance, resident technical advisors, and training to support the design, implementation, management, and evaluation of HIV prevention activities and programs in countries most affected by the HIV/AIDS pandemic.
- * CDC has been involved in three long term research projects in Cote d'Ivoire, Thailand, and, until recently, Zaire. Through collaborative agreements with the governments of these countries, CDC established epidemiologic, laboratory, and prevention studies regarding HIV/AIDS.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH - FOGERTY INTERNATIONAL CENTER

- * The National Institutes of Health Fogerty International Center sponsors the AIDS International Training and Research Program. This program's objective is to increase the capacity of foreign scientists to deal with the AIDS epidemic through epidemiological research, clinical trials and other prevention programs; to support collaborative research between the U.S. and foreign scientists in the epidemiology, diagnosis and treatment of AIDS; and to stimulate cooperation and sharing of research knowledge by scientists combatting AIDS worldwide.
- * This program recently expanded to include Russia and entities of the former Soviet Union. Eleven trainees from the former

USSR have participated in training courses in the U.S. under this program. The program provides for training in AIDS and AIDS-related epidemiology as well as postdoctoral research and training in AIDS, both in the U.S. and in-country.

DEPARTMENT OF DEFENSE

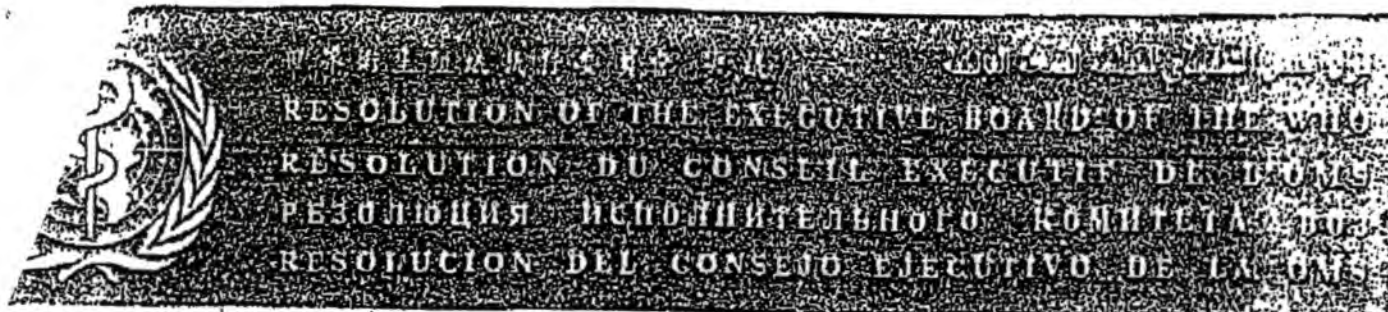
- * The Department of Defense sponsors programs in basic and applied research, including the search for a viable vaccine throughout its facilities both in the United States and abroad. Treatment programs are available for both military active duty personnel and beneficiaries. Prevention programs are also available through on-site programs.

- * Listed below are estimates on the costs for HIV/AIDS for the Defense Department broken out in terms of research, treatment and prevention. The projections for prevention include only the cost of screening/testing for military enlisted personnel centers, active duty, Guard and Reserve elements and do not include the cost of an extensive network of service specific preventive medical officers and nurses who provide support, counseling, and education at military facilities.

* RESEARCH	\$ 50 M / YR
* TREATMENT	\$250 M / YR
* PREVENTION	\$ 10 M / YR

AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

- * Since 1986, the Agency for International Development has taken a leadership role in HIV prevention and control by supporting HIV/AIDS interventions in over 70 countries. By developing comprehensive programs that integrate multiple interventions, AID's programs are oriented towards preventing the spread of HIV/AIDS by sexual transmission.
- * USAID has implemented most of its HIV/AIDS initiatives through two independent projects: AIDS Public Health Communications (AIDSCOM) and AIDS Technical Support (AIDSTECH).
- * From 1986 to 1992, USAID has committed more than \$400 million to HIV/AIDS prevention activities through bilateral programs and contributions to the multilateral efforts of the World Health Organization Global Program on AIDS (WHO/GPA).
- * Fiscal Year 1992 funding obligations for HIV/AIDS prevention activities total over \$95 million.²



Ninety-third Session

EB93.R5

Agenda Item 9

21 January 1994

Joint and cosponsored United Nations programme on HIV/AIDS

The Executive Board,

Taking into account resolution WHA46.37 adopted by the Forty-sixth World Health Assembly in May 1993 calling for a study on a joint and cosponsored United Nations programme on HIV/AIDS to provide for global coordination of policies, approaches and funding;

Having reviewed the resulting study¹ and the Director-General's comments on that study;²

Welcoming the emerging consensus which supports a United Nations programme on HIV/AIDS designed in accordance with option A as set forth in documents EB93/27 and EB93/INF.DOC./5 (hereinafter referred to as the consensus option);

Recognizing the need for improved coordination and better use of internal and external resources in providing a multisectoral as well as a unified response to the AIDS pandemic;

Reaffirming WHO's constitutional mandate to act as the directing and coordinating authority for international health work;

Stressing the importance of the government's role as principal coordinator of national response to the HIV/AIDS epidemic, including the institutional role of the ministries responsible for health in the programming, implementation and evaluation of health measures,

1. **RECOMMENDS** the development and eventual establishment of a joint and cosponsored United Nations programme on HIV/AIDS, to be administered by WHO, in accordance with the consensus option;

2. **REQUESTS** the Director-General:

(1) to explore with the Secretary-General of the United Nations and the executive heads of the United Nations Children's Fund, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and the World Bank ways and means to facilitate the further development of this consensus option actively involving the Task Force on HIV/AIDS Coordination of the Management Committee of the WHO Global Programme on AIDS in this process;

¹ Document EB93/INF.DOC./5.

34 02:56

202 690 7560

HHS NAPO

2-17-94 ; 14:07 ;

202 690 7560: 019
6/ 6

1.R5

(2) to bring this resolution to the attention of the executive heads encouraging them to invite their governing bodies at their meetings in 1994, to join the WHO Executive Board in recommending the establishment of a joint and cosponsored United Nations programme on HIV/AIDS and to have their organizations become cosponsors in accordance with the consensus option;

(3) to report on this resolution to the World Health Assembly in May 1994;

3. REQUESTS the Director-General to invite the Secretary-General to recommend to the Economic and Social Council that it endorse the establishment of this programme at its 1994 session.

Eighth meeting, 21 January 1994
EB93/SR/8

= = =

HIV/AIDS

SURVEILLANCE REPORT

Third Quarter Edition

U.S. AIDS cases reported through September 1993

Issued October 1993, Vol. 5, No. 3

Contents

Table 1. AIDS cases and annual rates per 100,000 population, by state	3
Table 2. AIDS cases and annual rates per 100,000 population, by metropolitan area with 500,000 or more population.	4
Table 3. AIDS cases by age group, exposure category, and sex	6
Table 4. Male adult/adolescent AIDS cases by exposure category and race/ethnicity	7
Table 5. Female adult/adolescent AIDS cases by exposure category and race/ethnicity	8
Table 6. Pediatric AIDS cases by exposure category and race/ethnicity	9
Table 7. AIDS cases in adolescents and adults under age 25, by sex and exposure category	10
Table 8. AIDS cases by sex, age at diagnosis, and race/ethnicity	11
Table 9. AIDS cases, case-fatality rates, and deaths, by half-year and age group	12
Table 10. AIDS cases by year of diagnosis and definition category	13
Table 11. Health-care workers with documented and possible occupationally acquired AIDS/HIV infection, by occupation	13
Table 12. Adult/adolescent AIDS cases by single and multiple exposure categories	14
Figure 1. Male adult/adolescent AIDS annual rates per 100,000 population	15
Figure 2. Female adult/adolescent AIDS annual rates per 100,000 population	15
Figure 3. Male adult/adolescent AIDS cases	16
Figure 4. Female adult/adolescent AIDS cases	16
Figure 5. Pediatric AIDS cases	17
Figure 6. Results of investigations of AIDS cases with risk not identified	17
Technical notes	18

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is a specific group of diseases or conditions which are indicative of severe immunosuppression related to infection with the human immunodeficiency virus (HIV).



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention

National Center for Infectious Diseases
Division of HIV/AIDS
Atlanta, Georgia 30333



Table 1. AIDS cases and annual rates per 100,000 population, by state, reported October 1991 through September 1992, October 1992 through September 1993;¹ and cumulative totals, by state and age group, through September 1993, United States²

State of residence	Oct. 1991- Sept. 1992		Oct. 1992- Sept. 1993		Cumulative totals ¹		
	No.	Rate	No.	Rate	Adults/ adolescents	Children < 13 years old	Total
Alabama	465	11.4	705	17.0	2,275	43	2,318
Alaska	18	3.2	60	10.2	154	2	156
Arizona	408	10.9	1,202	31.3	3,059	14	3,073
Arkansas	237	10.0	420	17.5	1,239	21	1,260
California	8,641	28.4	17,474	56.4	62,201	356	62,557
Colorado	415	12.3	1,193	34.5	3,516	18	3,534
Connecticut	538	16.3	1,693	51.4	4,415	98	4,513
Delaware	126	18.5	346	49.9	830	7	837
District of Columbia	724	121.0	1,370	232.3	5,231	78	5,309
Florida	5,007	37.7	9,613	70.6	32,008	751	32,759
Georgia	1,348	20.4	2,597	38.4	9,255	87	9,342
Hawaii	175	15.4	324	27.9	1,250	10	1,260
Idaho	36	3.5	71	6.6	203	2	205
Illinois	1,842	16.0	3,005	25.8	10,522	140	10,662
Indiana	370	6.6	831	14.6	2,443	17	2,460
Iowa	86	3.1	196	7.0	577	6	583
Kansas	188	7.5	335	13.3	1,031	5	1,036
Kentucky	207	5.6	316	8.4	1,148	13	1,161
Louisiana	829	19.5	1,172	27.4	4,811	67	4,878
Maine	50	4.0	126	10.2	427	4	431
Maryland	1,096	22.6	2,353	47.6	7,187	152	7,339
Massachusetts	767	12.8	2,532	42.4	7,238	132	7,370
Michigan	784	8.4	1,752	18.6	4,904	62	4,966
Minnesota	237	5.3	624	13.9	1,829	13	1,842
Mississippi	231	8.9	468	17.9	1,483	20	1,503
Missouri	650	12.6	1,679	32.3	4,626	33	4,659
Montana	22	2.7	35	4.3	134	2	136
Nebraska	68	4.3	179	11.1	469	4	473
Nevada	235	18.3	601	44.0	1,641	15	1,656
New Hampshire	48	4.3	99	9.0	368	6	374
New Jersey	2,051	26.4	4,390	56.3	18,106	423	18,529
New Mexico	90	5.8	307	19.4	831	2	833
New York	8,232	45.6	16,031	88.4	63,660	1,321	64,981
North Carolina	648	9.6	1,059	15.5	3,735	75	3,810
North Dakota	4	0.6	4	0.6	32	—	32
Ohio	696	6.4	1,490	13.5	4,944	68	5,012
Oklahoma	228	7.2	716	22.3	1,795	15	1,810
Oregon	283	9.7	732	24.4	2,233	9	2,242
Pennsylvania	1,338	11.2	2,556	21.2	9,086	120	9,206
Rhode Island	102	10.2	305	30.3	842	9	851
South Carolina	347	9.7	1,395	38.4	3,022	38	3,060
South Dakota	8	1.1	23	3.2	57	2	59
Tennessee	442	8.9	967	19.2	2,734	26	2,760
Texas	2,944	17.0	7,164	40.4	23,572	213	23,785
Utah	145	8.2	270	14.9	818	20	838
Vermont	26	4.6	60	10.5	176	2	178
Virginia	606	9.6	1,590	24.9	4,710	82	4,792
Washington	573	11.4	1,459	28.2	4,765	18	4,783
West Virginia	61	3.4	78	4.3	359	5	364
Wisconsin	224	4.5	700	13.9	1,705	19	1,724
Wyoming	4	0.9	36	7.7	91	—	91
Subtotal	44,900	17.8	94,703	37.0	323,747	4,645	328,392
Guam	1	0.7	2	1.5	12	—	12
Pacific Islands, U.S.	—	—	—	—	2	—	2
Puerto Rico	1,796	50.5	2,621	73.1	10,436	256	10,692
Virgin Islands, U.S.	19	18.6	42	40.8	147	5	152
Total	46,716	18.2	97,368	37.5	334,344	4,906	339,250

¹Includes 9 months of data collected under the 1993 AIDS surveillance case definition for adults and adolescents.

²During the third quarter of 1993, CDC received reports of 23,664 cases and 9,951 deaths among adults/adolescents and 196 cases and 105 deaths among children.

Table 2. AIDS cases and annual rates per 100,000 population, by metropolitan area with 500,000 or more population, reported October 1991 through September 1992, October 1992 through September 1993;¹ and cumulative totals, by area and age group, through September 1993, United States — Continued

Metropolitan area of residence ²	Oct. 1991– Sept. 1992		Oct. 1992– Sept. 1993		Cumulative totals		
	No.	Rate	No.	Rate	Adults/ adolescents	Children < 13 years old	Total
Orlando, Fla.	331	26.1	870	66.3	2,249	42	2,291
Philadelphia, Pa.	1,005	20.3	2,110	42.5	7,082	87	7,169
Phoenix, Ariz.	292	12.8	863	36.9	2,236	9	2,245
Pittsburgh, Pa.	148	6.2	214	8.9	1,026	6	1,032
Portland, Oreg.	249	15.9	655	40.3	1,943	6	1,949
Providence, R.I.	96	10.5	285	31.1	791	8	799
Raleigh-Durham, N.C.	128	14.5	189	20.8	787	18	805
Richmond, Va.	140	15.9	385	42.9	1,006	13	1,019
Riverside-San Bernardino, Calif.	435	16.0	1,045	36.6	2,727	27	2,754
Rochester, N.Y.	76	7.1	243	22.4	742	8	750
Sacramento, Calif.	287	20.7	453	31.5	1,490	14	1,504
Saint Louis, Mo.	290	11.6	841	33.3	2,224	21	2,245
Salt Lake City, Utah	129	11.7	241	21.3	726	14	740
San Antonio, Tex.	217	16.1	426	31.1	1,591	14	1,605
San Diego, Calif.	631	24.8	1,474	56.7	4,877	32	4,909
San Francisco, Calif.	1,896	116.9	4,592	279.8	17,397	27	17,424
San Jose, Calif.	183	12.2	502	33.2	1,514	11	1,525
San Juan, P.R.	1,075	57.9	1,638	87.3	6,577	168	6,745
Sarasota, Fla.	90	18.0	148	28.9	570	12	582
Scranton, Pa.	26	4.1	54	8.4	188	3	191
Seattle, Wash.	424	20.4	1,043	49.1	3,536	10	3,546
Springfield, Mass.	92	15.3	210	35.0	574	15	589
Stockton, Calif.	34	6.9	109	21.6	307	8	315
Syracuse, N.Y.	71	9.5	168	22.2	497	6	503
Tacoma, Wash.	38	6.3	137	21.9	360	7	367
Tampa-Saint Petersburg, Fla.	535	25.5	1,421	66.6	3,781	53	3,834
Toledo, Ohio	33	5.4	90	14.6	271	4	275
Tucson, Ariz.	93	13.7	258	37.6	619	5	624
Tulsa, Okla.	70	9.7	236	32.1	549	5	554
Ventura, Calif.	73	10.8	130	19.0	378	1	379
Washington, D.C.	1,345	31.3	2,560	58.7	9,366	138	9,504
West Palm Beach, Fla.	529	59.7	787	86.5	2,916	107	3,023
Wichita, Kansas	62	12.6	96	19.2	276	2	278
Wilmington, Del.	93	17.8	261	49.1	617	6	623
Youngstown, Ohio	23	3.8	29	4.8	148	—	148
Metropolitan areas with 500,000 or more population	39,112	24.8	81,352	50.9	284,441	4,131	288,572
Metropolitan areas with 50,000 to 500,000 population	4,821	10.5	10,306	22.0	31,977	485	32,462
Non-metropolitan areas	2,587	4.9	5,288	10.0	16,621	268	16,889
Total³	46,716	18.2	97,368	37.5	334,344	4,906	339,250

¹Includes 9 months of data collected under the 1993 AIDS surveillance case definition for adults and adolescents.

²Based on Metropolitan Statistical Areas (MSA) revised June 1993. See technical notes.

³Totals include 1,327 persons whose area of residence is unknown.

Table 4. Male adult/adolescent AIDS cases by exposure category and race/ethnicity, reported October 1992 through September 1993,¹ and cumulative totals, through September 1993, United States

Exposure category	White, not Hispanic				Black, not Hispanic				Hispanic			
	Oct. 1992– Sept. 1993		Cumulative total		Oct. 1992– Sept. 1993		Cumulative total		Oct. 1992– Sept. 1993		Cumulative total	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Men who have sex with men	30,094	(73)	125,392	(78)	9,614	(37)	34,166	(42)	5,638	(42)	21,475	(41)
Injecting drug use	4,285	(10)	12,670	(8)	9,667	(37)	29,762	(36)	5,094	(38)	18,143	(34)
Men who have sex with men and inject drugs	3,001	(7)	11,959	(7)	1,568	(6)	5,974	(7)	712	(5)	3,021	(6)
Hemophilia/coagulation disorder	794	(2)	2,349	(1)	110	(0)	260	(0)	68	(1)	224	(0)
Heterosexual contact:	607	(1)	1,654	(1)	2,125	(8)	6,279	(8)	570	(4)	1,375	(3)
<i>Sex with injecting drug user</i>	227		804		682		2,118		185		599	
<i>Sex with person with hemophilia</i>	6		13		1		4		2		4	
<i>Born in Pattern-II² country</i>	1		8		605		2,571		—		10	
<i>Sex with person born in Pattern-II country</i>	10		52		31		86		2		11	
<i>Sex with transfusion recipient with HIV infection</i>	25		72		26		51		6		28	
<i>Sex with HIV-infected person, risk not specified</i>	338		705		780		1,449		375		723	
Receipt of blood transfusion, blood components, or tissue	431	(1)	2,519	(2)	157	(1)	606	(1)	91	(1)	385	(1)
Risk not identified ³	2,032	(5)	4,380	(3)	2,807	(11)	5,127	(6)	1,234	(9)	2,728	(5)
Total	41,244	(100)	160,923	(100)	26,048	(100)	82,174	(100)	13,407	(100)	47,351	(100)

Exposure category	Asian/Pacific Islander				American Indian/Alaska Native				Cumulative totals ⁴			
	Oct. 1992– Sept. 1993		Cumulative total		Oct. 1992– Sept. 1993		Cumulative total		Oct. 1992– Sept. 1993		Cumulative total	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Men who have sex with men	445	(74)	1,583	(79)	158	(63)	388	(63)	46,025	(56)	183,344	(66)
Injecting drug use	28	(5)	79	(4)	23	(9)	62	(10)	19,142	(23)	60,835	(22)
Men who have sex with men and inject drugs	22	(4)	57	(3)	42	(17)	107	(17)	5,353	(7)	21,142	(8)
Hemophilia/coagulation disorder	12	(2)	35	(2)	6	(2)	16	(3)	990	(1)	2,890	(1)
Heterosexual contact:	15	(2)	29	(1)	4	(2)	10	(2)	3,328	(4)	9,361	(3)
<i>Sex with injecting drug user</i>	6		12		1		5		1,102		3,539	
<i>Sex with person with hemophilia</i>	—		—		—		—		10		22	
<i>Born in Pattern-II country</i>	—		3		—		—		607		2,597	
<i>Sex with person born in Pattern-II country</i>	—		1		—		—		43		150	
<i>Sex with transfusion recipient with HIV infection</i>	2		2		—		—		59		154	
<i>Sex with HIV-infected person, risk not specified</i>	7		11		3		5		1,507		2,899	
Receipt of blood transfusion, blood components, or tissue	12	(2)	72	(4)	1	(0)	5	(1)	695	(1)	3,596	(1)
Risk not identified	69	(11)	152	(8)	15	(6)	26	(4)	6,174	(8)	12,474	(4)
Total	603	(100)	2,007	(100)	249	(100)	614	(100)	81,707	(100)	293,642	(100)

¹Includes 9 months of data collected under the 1993 AIDS surveillance case definition for adults and adolescents.

²See technical notes.

³"Risk not identified" refers to persons whose mode of exposure to HIV is unknown. This includes persons under investigation; persons who died, were lost to follow-up, or declined interview; and persons whose mode of exposure to HIV remains unidentified after investigation. See Figure 6.

⁴Includes 573 men whose race/ethnicity is unknown.

Table 6. Pediatric AIDS cases by exposure category and race/ethnicity, reported October 1992 through September 1993, and cumulative totals, through September 1993, United States

Exposure category	White, not Hispanic				Black, not Hispanic				Hispanic			
	Oct. 1992–Sept. 1993		Cumulative total		Oct. 1992–Sept. 1993		Cumulative total		Oct. 1992–Sept. 1993		Cumulative total	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Hemophilia/coagulation disorder	13	(9)	141	(14)	1	(0)	24	(1)	4	(2)	33	(1)
Mother with/at risk for HIV infection:	118	(84)	663	(68)	489	(97)	2,556	(95)	197	(93)	1,074	(9)
<i>Injecting drug use</i>	38		290		153		1,133		69		483	
<i>Sex with injecting drug user</i>	22		132		70		390		40		318	
<i>Sex with bisexual male</i>	4		39		2		28		3		20	
<i>Sex with person with hemophilia</i>	2		13		—		5		1		3	
<i>Born in Pattern-II¹ country</i>	—		3		37		300		—		2	
<i>Sex with person born in Pattern-II country</i>	—		—		5		22		—		1	
<i>Sex with transfusion recipient with HIV infection</i>	1		6		1		5		1		8	
<i>Sex with HIV-infected person, risk not specified</i>	10		45		57		148		27		77	
<i>Receipt of blood transfusion, blood components, or tissue</i>	6		29		12		43		5		25	
<i>Has HIV infection, risk not specified</i>	35		106		152		482		51		137	
Receipt of blood transfusion, blood components, or tissue	9	(6)	167	(17)	6	(1)	74	(3)	7	(3)	76	(1)
Risk not identified ²	1	(1)	9	(1)	8	(2)	29	(1)	4	(2)	11	(1)
Total	141	(100)	980	(100)	504	(100)	2,683	(100)	212	(100)	1,194	(100)

Exposure category	Asian/Pacific Islander				American Indian/Alaska Native				Cumulative totals ³			
	Oct. 1992–Sept. 1993		Cumulative total		Oct. 1992–Sept. 1993		Cumulative total		Oct. 1992–Sept. 1993		Cumulative total	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Hemophilia/coagulation disorder	—		3	(14)	—		1	(7)	18	(2)	202	(1)
Mother with/at risk for HIV infection:	2	(50)	10	(45)	2	(100)	13	(93)	814	(94)	4,328	(8)
<i>Injecting drug use</i>	1		3		1		6		264		1,920	
<i>Sex with injecting drug user</i>	—		2		1		2		133		846	
<i>Sex with bisexual male</i>	—		1		—		—		9		88	
<i>Sex with person with hemophilia</i>	—		—		—		—		3		21	
<i>Born in Pattern-II country</i>	—		—		—		—		37		305	
<i>Sex with person born in Pattern-II country</i>	—		—		—		—		5		23	
<i>Sex with transfusion recipient with HIV infection</i>	—		—		—		—		3		19	
<i>Sex with HIV-infected person, risk not specified</i>	1		1		—		2		96		275	
<i>Receipt of blood transfusion, blood components, or tissue</i>	—		1		—		—		23		98	
<i>Has HIV infection, risk not specified</i>	—		2		—		3		241		733	
Receipt of blood transfusion, blood components, or tissue	2	(50)	9	(41)	—		—		24	(3)	327	(1)
Risk not identified	—		—		—		—		13	(1)	49	(1)
Total	4	(100)	22	(100)	2	(100)	14	(100)	869	(100)	4,906	(100)

¹See technical notes.

²"Risk not identified" refers to persons whose mode of exposure to HIV is unknown. This includes persons under investigation; persons who died, were lost follow-up, or declined interview; and persons whose mode of exposure to HIV remains unidentified after investigation. See Figure 6.

³Includes 13 children whose race/ethnicity is unknown.

Table 8. AIDS cases by sex, age at diagnosis, and race/ethnicity, reported through September 1993,¹ United States

Male Age at diagnosis (years)	White, not Hispanic		Black, not Hispanic		Hispanic		Asian/Pacific Islander		American Indian/ Alaska Native		†Total ²	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Under 5	329	(0)	1,167	(1)	478	(1)	8	(0)	8	(1)	1,992	(1)
5-12	248	(0)	183	(0)	155	(0)	7	(0)	1	(0)	594	(0)
13-19	473	(0)	299	(0)	186	(0)	11	(1)	11	(2)	980	(0)
20-24	4,735	(3)	3,282	(4)	1,938	(4)	75	(4)	23	(4)	10,071	(3)
25-29	23,298	(14)	12,067	(14)	7,742	(16)	267	(13)	123	(20)	43,576	(15)
30-34	37,653	(23)	19,017	(23)	11,723	(24)	420	(21)	173	(28)	69,100	(23)
35-39	35,879	(22)	19,483	(23)	10,671	(22)	443	(22)	126	(20)	66,742	(23)
40-44	25,717	(16)	13,213	(16)	7,088	(15)	346	(17)	85	(14)	46,548	(16)
45-49	15,223	(9)	6,869	(8)	3,793	(8)	218	(11)	34	(5)	26,191	(9)
50-54	8,173	(5)	3,800	(5)	2,012	(4)	108	(5)	17	(3)	14,140	(5)
55-59	4,671	(3)	2,121	(3)	1,174	(2)	62	(3)	9	(1)	8,066	(3)
60-64	2,775	(2)	1,155	(1)	587	(1)	20	(1)	10	(2)	4,551	(2)
65 or older	2,328	(1)	869	(1)	437	(1)	37	(2)	3	(0)	3,680	(1)
Male subtotal	161,502	(100)	83,525	(100)	47,984	(100)	2,022	(100)	623	(100)	296,231	(100)
Female												
Age at diagnosis (years)												
Under 5	320	(3)	1,143	(5)	455	(5)	1	(0)	5	(5)	1,933	(4)
5-12	81	(1)	189	(1)	106	(1)	6	(3)	—		384	(1)
13-19	102	(1)	262	(1)	68	(1)	1	(0)	1	(1)	435	(1)
20-24	672	(6)	1,347	(6)	594	(7)	12	(5)	10	(9)	2,641	(6)
25-29	1,875	(18)	3,801	(16)	1,699	(19)	23	(10)	23	(21)	7,430	(17)
30-34	2,455	(23)	5,618	(24)	2,126	(24)	48	(20)	34	(31)	10,300	(24)
35-39	1,918	(18)	5,094	(22)	1,707	(19)	38	(16)	14	(13)	8,792	(20)
40-44	1,093	(10)	2,826	(12)	988	(11)	37	(16)	9	(8)	4,961	(12)
45-49	594	(6)	1,187	(5)	472	(5)	21	(9)	5	(5)	2,286	(5)
50-54	359	(3)	706	(3)	273	(3)	14	(6)	2	(2)	1,356	(3)
55-59	344	(3)	381	(2)	168	(2)	8	(3)	1	(1)	903	(2)
60-64	249	(2)	248	(1)	87	(1)	12	(5)	3	(3)	599	(1)
65 or older	632	(6)	258	(1)	91	(1)	16	(7)	1	(1)	999	(2)
Female subtotal	10,694	(100)	23,060	(100)	8,834	(100)	237	(100)	108	(100)	43,019	(100)
Total	172,196		106,585		56,818		2,259		731		339,250	

¹Includes 9 months of data collected under the 1993 AIDS surveillance case definition for adults and adolescents.

²Includes 575 males and 86 females whose race/ethnicity is unknown.

Table 10. AIDS cases by year of diagnosis and definition category, diagnosed through September 1993,¹ United States

Definition category	Period of diagnosis									
	Before Sept. 1989		Oct. 1989–Sept. 1990		Oct. 1990–Sept. 1991		Oct. 1991–Sept. 1992		Oct. 1992–Sept. 1993	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Pre-1987 definition	106,479	(79)	28,634	(64)	29,523	(58)	28,340	(47)	13,876	(29)
1987 definition	26,788	(20)	13,559	(30)	16,078	(31)	17,521	(29)	9,537	(20)
1993 definition ²	1,610	(1)	2,402	(5)	5,467	(11)	15,032	(25)	24,404	(51)
Severe HIV-related immunosuppression ³	1,181		2,021		4,669		13,587		22,718	
Pulmonary tuberculosis	362		333		706		1,195		1,115	
Recurrent pneumonia	55		44		85		223		541	
Invasive cervical cancer	16		8		13		38		48	
Total	134,877	(100)	44,595	(100)	51,068	(100)	60,893	(100)	47,817	(100)

¹Includes 9 months of data collected under the 1993 AIDS surveillance case definition for adults and adolescents.

²Persons who meet only the 1993 AIDS case definition and whose date of diagnosis is before January 1993 were diagnosed retrospectively. The sum of diagnoses listed for the four conditions under the 1993 definition do not equal the 1993 definition total because some persons have more than one diagnosis from the added conditions of pulmonary tuberculosis, recurrent pneumonia, and invasive cervical cancer.

³Defined as CD4+ T-lymphocyte count of less than 200 cells/μL or a CD4+ percentage less than 14 in persons with laboratory confirmation of HIV infection.

Table 11. Health-care workers with documented and possible occupationally acquired AIDS/HIV infection, by occupation, reported through September 1993, United States¹

Occupation	Documented occupational transmission ²	Possible occupational transmission ³
	No.	No.
Dental worker, including dentist	—	6
Embalmer/morgue technician	—	3
Emergency medical technician/paramedic	—	8
Health aide/attendant	1	9
Housekeeper/maintenance worker	1	6
Laboratory technician, clinical	15	14
Laboratory technician, nonclinical	1	1
Nurse	13	15
Physician, nonsurgical	5	8
Physician, surgical	—	2
Respiratory therapist	1	2
Technician, dialysis	1	1
Technician, surgical	1	1
Technician/therapist, other than those listed above	—	3
Other health-care occupations	—	2
Total	39	81

¹Health-care workers are defined as those persons, including students and trainees, who have worked in a health-care, clinical, or HIV laboratory setting at any time since 1978. See *MMWR* 1992;41:823-5.

²Health-care workers who had documented HIV seroconversion after occupational exposure: 34 had percutaneous exposure, 4 had mucocutaneous exposure, 1 had both percutaneous and mucocutaneous exposures. Thirty-six exposures were to blood from an HIV-infected person, 1 to visibly bloody fluid, 1 to an unspecified fluid, and 1 to a concentrated virus in a laboratory. Eleven of these health-care workers have developed AIDS.

³These health-care workers have been investigated and are without identifiable behavioral or transfusion risks; each reported percutaneous or mucocutaneous occupational exposures to blood or body fluids, or laboratory solutions containing HIV, but HIV seroconversion specifically resulting from an occupational exposure was not documented.

Figure 1. Male adult/adolescent AIDS annual rates per 100,000 population, for cases reported October 1992 through September 1993, United States

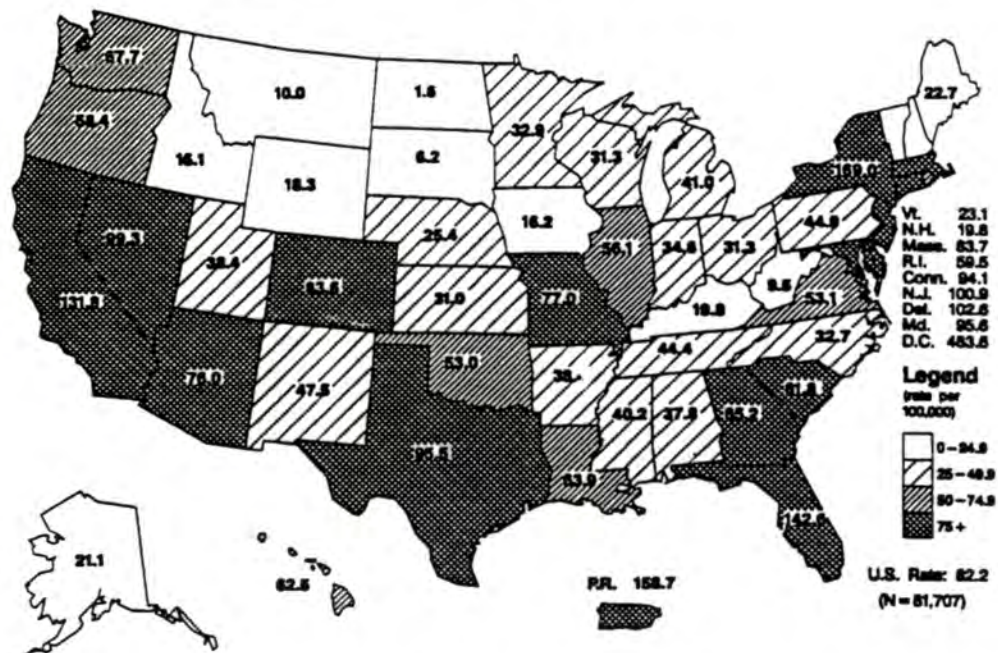


Figure 2. Female adult/adolescent AIDS annual rates per 100,000 population, for cases reported October 1992 through September 1993, United States

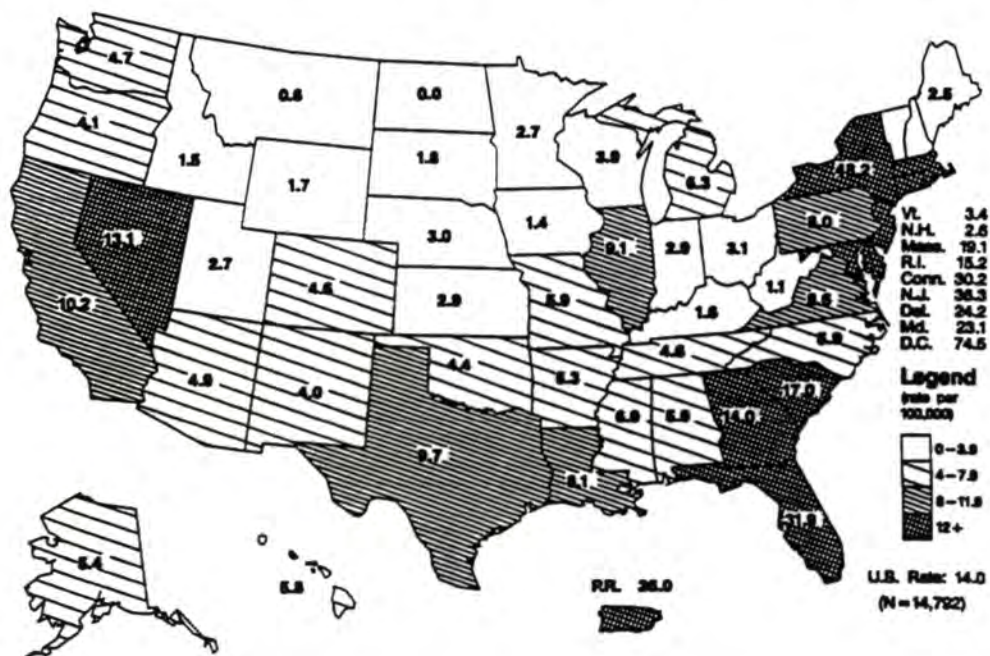
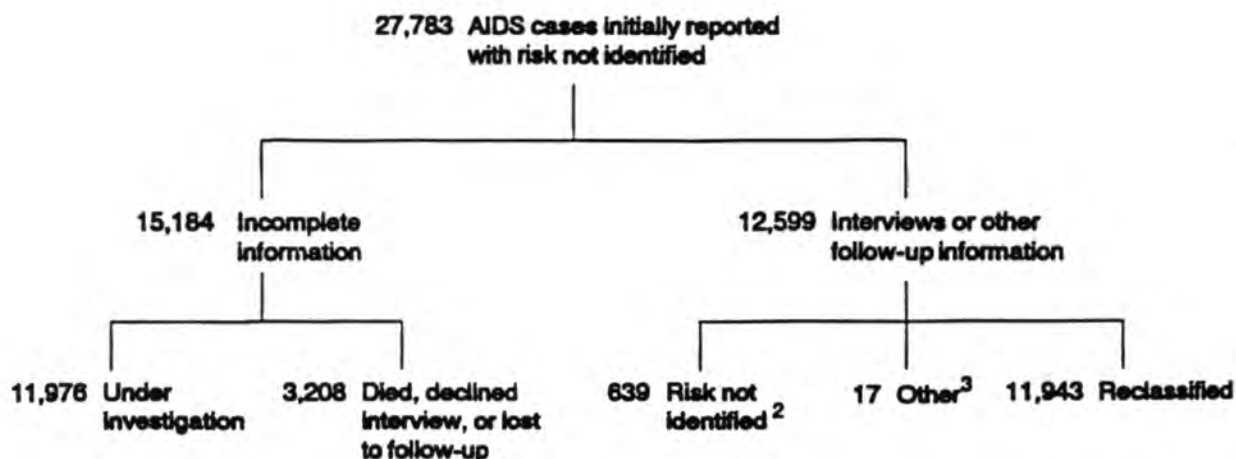


Figure 5. Pediatric AIDS cases reported October 1992 through September 1993, United States



Figure 6. Results of investigations of adult/adolescent AIDS cases with risk not identified, reported through September 1993¹



¹Excludes 49 children under 13 years of age whose risk is not identified: 40 children who are under investigation and 9 who have died, declined interview, or were lost to follow-up. An additional 228 children who were initially reported with a risk not identified have been reclassified after investigation.

²Heterosexual transmission. 553 of the 639 persons who had no risk identified after follow-up responded to a standardized questionnaire: 185 (36% of 511 persons responding to questions related to sexually transmitted diseases gave a history of such diseases and 123 (36%) of 342 interviewed men reported sexual contact with a prostitute. Some of these persons may represent unreported or unrecognized heterosexual transmission of HIV. See *MMWR*;38:423-4, 429-34.

³Eleven are health-care workers who developed AIDS after occupational exposure to HIV-infected blood, as documented by evidence of seroconversion; 4 are patients who developed AIDS after exposure to HIV within the health-care setting, as documented by laboratory studies; 1 is a person who acquired HIV infection perinatally and was diagnosed with AIDS after age 13; and 1 is a person with intentional self-inoculation of blood from an HIV infected person.

mined or reported for all cases. Caution should be used in interpreting case-fatality rates because reporting of deaths is incomplete.

Exposure categories

For surveillance purposes, AIDS cases are counted only once in a hierarchy of exposure categories. Persons with more than one reported mode of exposure to HIV are classified in the category listed first in the hierarchy, except for men with both a history of sexual contact with other men and injecting drug use. They make up a separate category.

"Men who have sex with men" cases include men who report sexual contact with other men (i.e., homosexual contact) and men who report sexual contact with both men and women (i.e., bisexual contact). "Heterosexual contact" cases include persons who report either specific heterosexual contact with a person with (or at increased risk for) HIV infection (e.g., an injecting drug user), or persons presumed to have acquired HIV infection through heterosexual contact if they were born in countries with a distinctive pattern of transmission termed "Pattern II" by the World Health Organization (*MMWR* 1988;37:286-8, 293-5). Pattern-II transmission is observed in areas of sub-Saharan Africa and in some Caribbean countries. In these countries, most of the reported cases occur in heterosexuals and the male-to-female ratio is approximately 1:1. Injecting drug use and homosexual transmission either do not occur or occur rarely.

"Risk not identified" cases are persons with a reported history of exposure to HIV through any of the routes listed in the hierarchy of exposure categories. Risk not identified cases include persons who are currently under investigation by local health department officials; persons whose exposure history is incomplete because they died, declined to be interviewed, or were lost to follow-up; and persons who were interviewed or for whom other follow-up information was available and no exposure mode was identified. Persons who have an exposure mode identified at the time of follow-up are reclassified in the appropriate exposure category.

Rates

Rates are calculated on an annual basis per 100,000 population, based on U.S. Bureau of Census data from the 1990 census, and on extrapolations from the 1990 census and official Census Bureau estimates for 1991. Each 12-month rate is the number of cases for a 12-month period divided by the 1991 or 1992 population, multiplied by 100,000.

Case-fatality rates are calculated for each year by date of diagnosis. Each 6-month case-fatality rate is the number of deaths ever reported among cases diagnosed in that period (regardless of the year of death), divided by the number of total cases diagnosed in the period, multiplied by 100. Reported deaths are not necessarily caused by HIV-related disease.

PM69B175691093

AMBASSADE DE FRANCE AUX ETATS-UNIS

4101 Reservoir Road, N.W.
Washington, DC, 20007
Téléphone: (202) 944-6232
Télécopie: (202) 944-6257

*Le Conseiller
pour les Affaires sociales*

March 31, 1994

Ms. Kristine GEBBIE
National AIDS Policy Coordinator
750, 17th Street, NW
Suite 1060
Washington D.C. 20503

Dear Ms Gebbie:

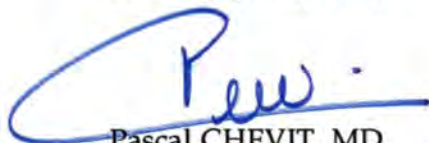
Please find hereby a set of 3 documents concerning the AIDS Summit I just received from Paris. These documents are :

- (1) The agenda of the National Coordinators meeting (Paris, April 8th)
- (2) The tentative report of the informal meeting held in Paris January 27-28 (*Groupe informel de réflexion*). This document is to be discussed, modified and approved by all participants prior to become final and official.
- (3) The text of a resolution proposal for the Heads of State - Heads of Government meeting of November, 1994.

All documents are currently in French, but I should be able to send you an unofficial translation of documents (1) & (3) by tomorrow evening. An official translation of the resolution proposal will be made available to all participants at the National coordinators meeting next week.

Please feel free to call me if I can be of any help.

Sincerely yours, *and best regards*



Pascal CHEVIT, MD
Counselor for Social Affairs

cc : Mr. Timothy Wirth, Department of State.

**Réunion des coordonnateurs chargés de préparer
la réunion des Premiers ministres
sur la mobilisation internationale contre le SIDA.**

Paris 8 avril 1994

Centre des Conférences Internationales
19, Avenue Kléber
(Salle 3)

PROGRAMME

- 9 h 30 - 11 h 15 : Début des travaux. Ouverture par le Président, Chef de la délégation française, l'Ambassadeur Michel LUNVEN.

* Description des procédures conduisant à la réunion de fin novembre :

* articulation entre le groupe des coordonnateurs et la conférence des ministres de la santé, ministres de la coopération des 17 et 18 juin,

* calendrier des réunions des coordonnateurs

* Rapport de M. Jean-François Girard, Directeur général de la Santé sur les réunions d'experts des 27 et 28 janvier.

- 11 h 15 - 11 h 30 : Pause café.

- 11 h 30 - 13 h 00 : Discussion sur les thèmes prioritaires à retenir de la réunion du groupe d'experts de la réunion du 27 et 28 janvier.

- 13 h 00 : Déjeuner au Centre de Conférences Internationales offert par la Délégation française.

- 15 h 00 : Reprise des travaux :

- * Examen du projet de déclaration ;
- * Examen d'un programme d'action.

- 16 h 30 - 16 h 45 : Pause café.

- 16 h 45 - 19 h 00 : Reprise des travaux :

- * Poursuite de l'examen du texte de la déclaration
- * Approbation du calendrier des réunions à venir.

* *
*

Pour tout renseignement complémentaire sur les modalités d'organisation de la réunion ,sur des points que vous voudriez rajouter à l'ordre du jour , prière de vous adresser à :

M.L'Ambassadeur Michel LUNVEN

Chef de la délégation française
Ministère des Affaires étrangères
37 Quai d'Orsay
75007 PARIS
Tel. : 33 1 47 53 54 77

M.Nicolas METTRA

sous-directeur droits de l'homme, questions
sociales

Direction des Nations Unies et des
Organisations Internationales
même adresse
Tel. : 33 1 47 53 46 71
Fax : 33 1 47 53 51 05

M.Christophe GUILHOU

Direction des Nations Unies et des
Organisations Internationales
même adresse

P S :(une interprétation simultanée français-anglais, anglais-français sera assurée)

*Sommet des Chefs de gouvernement
pour renforcer la lutte contre le Sida*

Groupe Informel de Réflexion

*Paris
27 et 28 janvier 1994*

AVERTISSEMENT

Ce texte résume les débats qui ont eu lieu lors d'une réunion informelle, rassemblant une trentaine d'experts (Groupe Informel de Réflexion - GIR), qui s'est tenue à Paris les 27 et 28 Janvier 1994.

L'objectif qui en a guidé la rédaction était d'aboutir à une synthèse des échanges d'idées, en soulignant - autant que faire se peut - les points d'accord, mais aussi la diversité des opinions.

Ce document a vocation, dans les semaines qui viennent, à être largement diffusé afin d'être commenté, complété et amendé dans un esprit de grande ouverture.

Il constituera ensuite le rapport d'introduction présenté par la France lors de la réunion des Ministres de la santé qui se tiendra à Paris les 17 et 18 Juin 1994.

PLAN

I. Le constat : une situation urgente.

1. Une pandémie en progression constante.
2. Un coût économique, social et humain insupportable.
 - * répercussions économiques
 - * retombées sociales
 - * répercussions démographiques
3. Une aide publique désormais inadaptée.

II. Les explications : l'intervention se heurte à des obstacles considérables, mais identifiés.

1. La faiblesse générale des systèmes de santé des Pays en Voie de Développement.
 - A/ Prévenir et soigner les maladies sexuellement transmissibles
 - B/ Prévenir et soigner la tuberculose
 - C/ Assurer la sécurité des transfusions sanguines et des injections
2. Des blocages sociaux et culturels.
 - La très grande vulnérabilité des femmes et des jeunes
 - * dans les pays développés
 - * comme dans les pays en développement
3. Une prise de conscience insuffisante de la gravité de la situation.

III. Les solutions : relance et renouveau de la solidarité internationale.

1. Une démarche globale.
2. Un financement à la hauteur des enjeux.
3. Une aide opérationnelle plus efficace.

I. LE CONSTAT : UNE SITUATION URGENTE.

1. Une pandémie en progression constante.

Depuis 1981, date à laquelle a été décrit pour la première fois et individualisé le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), vecteur de cette nouvelle affection, s'est propagé de façon très rapide à l'ensemble de la planète, n'épargnant aucune région du monde.

L'infection par le VIH est donc bien une pandémie, dont quelques chiffres inquiétants permettent de prendre la mesure.

Au 31 décembre 1993, un nombre total de 851.628 cas de SIDA (chez l'adulte et l'enfant) avaient été officiellement recensés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis l'éclosion de l'épidémie. Mais, compte-tenu de la sous-estimation structurelle qui affecte ce dénombrement - notamment dans les pays en voie de développement (PVD) - plus de 3 millions d'êtres humains auraient été, en réalité, frappés par la maladie. A la même date, on estimait à plus de 15 millions le nombre de personnes infectées par le VIH, dont 1 million d'enfants.

Même si l'Afrique subsaharienne représente à elle seule environ 67% de ces cas, la pandémie affecte tous les continents et la liste des pays concernés ne cesse de s'allonger. Rappelons ainsi que plus de 1 million de personnes en Amérique du Nord et plus de 500.000 en Europe Occidentale sont infectées par le VIH.

Surtout, il est clair que la dynamique de l'infection est évolutive et que nous ne nous situons, à cet égard, qu'à la phase de "décollage" de la pandémie. Quelles qu'en soient les difficultés, toutes les projections effectuées convergent, en effet, sur un diagnostic: le pire est devant nous.



Ainsi, l'OMS prévoit qu'en l'an 2000, 30 à 40 millions d'êtres humains - dont une majorité de femmes - seraient infectés par le VIH et près de 10 millions d'adultes seraient victimes du SIDA.

Les pays les plus démunis seront malheureusement également ceux qui paieront le plus lourd tribut à l'épidémie. En effet, selon ces mêmes projections, au début du troisième millénaire les PVD concentreront plus de 90% des personnes infectées ou atteintes par la maladie.

La proportion de cas répertoriés sur le continent africain ne serait alors plus que de 50%, étant donné le développement foudroyant de l'infection en Asie (30% des cas à l'horizon 2000).

2. Un coût économique, social et humain insupportable.

Derrière ces chiffres effrayants, se cachent des souffrances humaines qu'il ne faut jamais oublier: la maladie et son lot de douleurs, physiques et morales, et la mort qu'elle prépare, bien entendu; mais aussi l'humiliation et la discrimination sociale, la vie professionnelle brisée, la famille éclatée, l'enfant devenu orphelin.

Au-delà de ces aspects individuels, la pandémie de SIDA a d'ores et déjà, mais aura encore davantage à l'avenir, un coût économique et social considérable et pourtant encore trop souvent méconnu.

Pour comprendre l'étendue, la profondeur et la gravité de cet impact, il ne faut pas perdre de vue que l'infection par le VIH frappe préférentiellement des adultes jeunes, entre 15 et 45 ans, dans la force de l'âge, à la période de la vie où ils sont en pleine possession de leurs capacités de production, où ils ont vocation à assurer la reproduction de l'espèce et où ils sont socialement les plus actifs.

Cette caractéristique - fondamentale - de l'infection par le VIH a deux conséquences très importantes.

Elle confère, en premier lieu, une dimension toute particulière à l'épidémie de SIDA. Parce qu'elle frappe des individus jeunes, en pleine activité sociale et professionnelle, ayant charge d'âme, cette épidémie a non seulement de très graves conséquences directes, mais encore des répercussions dérivées, à long terme, dont les effets se feront sentir bien après que la mort ait fait son oeuvre.

Ainsi, lorsqu'une femme de 30 ans décède des suites du SIDA, c'est à la fois un agent de production qui disparaît, une mère de famille qui fait soudain cruellement défaut, un ou plusieurs orphelins dont il faut s'occuper, bref un peu du tissu social qui se déchire.

Comparable à l'onde de choc qui suit une explosion, cet impact secondaire - secondaire dans le temps, mais dans le temps seulement - souligne le caractère large et diffus de l'ébranlement que représente le développement de l'épidémie de SIDA pour toute société.

Elle explique, en second lieu, la gravité de la situation dans les PVD, et en particulier dans les pays africains. L'être humain y est, en effet, la principale ressource, le seul "avantage comparatif" à valoriser, l'espoir le plus tangible.

En les privant de leur sève, en rognant leur "capital humain" - selon la terminologie économique - l'épidémie y provoque des dégâts très importants, parfois irréversibles.

C'est ce qui justifie que l'on s'attache maintenant à préciser l'impact réel de la pandémie dans ces pays.

* Les répercussions économiques de la pandémie de SIDA trouvent, à l'évidence, leurs origines dans les modifications démographiques et dans les prolongements structurels et

qualitatifs qui en découlent.

La famille est la première entité à en pâtir. La disparition de l'un des parents, a fortiori des deux, entraîne une perte pratiquement impossible à combler puisque les conséquences pour les enfants, en termes affectifs, nutritionnels et éducatifs, sont très graves.

Au-delà du cercle de la famille, le monde de l'entreprise va connaître l'absentéisme de ses employés infectés, rencontrer des perturbations de l'organisation de son travail et voir, par conséquent, sa productivité et sa compétitivité entamées.

Enfin, l'économie nationale va souffrir de cette altération - quantitative mais surtout qualitative - de sa force de production, de son facteur travail, de son "capital humain". Ainsi, la richesse nationale - mesurée à travers le PIB - sera amputée; la productivité globale de l'appareil productif sera diminuée; surtout, la capacité d'épargne - déjà trop souvent insuffisante dans les PVD, alors même qu'elle est un des moteurs indispensables au décollage de la croissance - sera encore réduite.

Cette combinaison confère à l'épidémie de SIDA un impact macroéconomique considérable: selon la Banque Mondiale, la baisse du revenu disponible par tête pourrait atteindre en moyenne 0,6 point par an dans les 10 pays les plus touchés de l'Afrique subsaharienne.

Si l'on considère que les taux de croissance des pays africains ont été de l'ordre de 2% par an depuis 1960 et qu'ils sont, sur la période récente, négatifs ou proches de 0%, on saisit l'incidence réelle de l'épidémie de SIDA sur ces économies structurellement fragiles.

* Les retombées sociales de l'épidémie peuvent être qualifiées - même si elles sont encore mal connues, parce qu'encore trop peu étudiées - de catastrophiques:

- extension de la pauvreté donc développement de la prostitution et de la toxicomanie,

- aggravation des phénomènes de marginalisation ou de discrimination envers certaines catégories de la population,

- désintégration sociale...

- Et comment ne pas évoquer le sort de ces millions d'enfants aux familles brisées, privés, souvent, du soutien de leurs parents, déscolarisés, parfois condamnés parce qu'eux-mêmes séropositifs ? Comment oublier qu'il y aurait, à l'heure actuelle, selon certaines estimations, plus de 4 millions d'orphelins dont les parents seraient décédés du SIDA sur le seul continent africain ?

* Quant aux répercussions démographiques, il faut savoir que dans les PVD, et en particulier en Afrique subsaharienne, l'infection par le VIH se transmet essentiellement par les relations hétérosexuelles, au regard desquelles la femme présente une vulnérabilité - anatomique, physiologique, mais aussi et peut-être surtout sociale et culturelle - toute particulière.

De surcroît, une femme infectée par le VIH a un risque assez élevé (entre 20% et 30%) de transmettre cette infection à son enfant en cas de grossesse. Dès lors, on comprend aisément que l'épidémie - en frappant de façon privilégiée de jeunes femmes en âge de procréer - risque d'affecter les taux de fécondité, de natalité, de mortalité, de mortalité infantile, et l'espérance de vie à la naissance dans PVD.

Des projections mathématiques récentes montrent qu'en Afrique, la démographie sera affectée non pas dans sa croissance globale (la population continuera à être de plus en plus importante) mais dans sa structure: les classes actives ne sont plus assez nombreuses pour s'occuper des jeunes : le pire qui puisse arriver.

Parce qu'elle s'y étend de façon extrêmement inquiétante, parce qu'elle en affecte profondément et durablement l'équilibre économique, social, voire politique, la pandémie de SIDA représente la menace peut-être la plus grave qui ait jamais pesé sur l'avenir et le développement des pays les plus pauvres de la planète.

3. Une aide publique internationale désormais inadaptée.

Pourtant, au regard de l'extrême gravité de la situation, telle qu'elle ressort du tableau qui vient d'être rapidement brossé, l'aide publique internationale consacrée à la lutte contre le SIDA paraît aujourd'hui largement inadaptée.

Cette aide est, en premier lieu, insuffisante en volume. Ce n'est que depuis 1987 que certains pays développés ont mis en place des programmes d'aide publique au développement (APD) spécifiquement destinés à lutter contre le SIDA.

Au total, entre cette date et 1991, 864 millions de \$ ont certes été affectés à cette priorité. Mais, depuis 1991, on observe une diminution des flux financiers destinés à cette fraction de l'APD. Ce décrochage semble pour le moins paradoxal et inquiétant, compte tenu de l'acuité des besoins liés à l'extension de la pandémie.

Elle est également qualitativement insuffisante, c'est-à-dire dans l'ensemble mal évaluée et mal coordonnée.

Enfin, l'effort de l'aide internationale est inéquitablement réparti, et cela aussi bien du point de vue des pays donateurs que de celui des pays bénéficiaires.

En ce qui concerne les pays développés, si la contribution par habitant atteint 11,48 \$ pour la Suède, elle n'est que de 0,02 \$ pour l'Autriche, soit un rapport de 574 entre les deux efforts nationaux... La concentration de cette aide est donc

élevée: les contributions des cinq pays donateurs les plus généreux représentent ainsi - par exemple - un peu plus de 75% du soutien financier reçu par l'OMS.

A l'autre extrémité de la chaîne, on n'observe pas de réelle cohérence dans les critères d'attribution de l'aide; certains pays reçoivent moins que d'autres, alors même que leurs besoins sont identiques, voire supérieurs.

II. LES EXPLICATIONS: L'INTERVENTION SE HEURTE A DES OBSTACLES CONSIDERABLES, MAIS IDENTIFIES.

Certains membres du GIR ont appelé l'attention sur le fait qu'il convenait de ne pas attendre des avancées spectaculaires de la recherche fondamentale, notamment en matière de vaccins, à très court terme. Mais ce constat lucide ne doit pas démobiliser: il existe de nombreux moyens d'agir. La liste de ce qui est techniquement "faisable", mais qui pour autant n'est pas mis en oeuvre a été dressée, afin de tenter une analyse des obstacles qui s'opposent à la réalisation.

1. La faiblesse générale des systèmes de santé des PVD.

La pandémie de SIDA a souligné de manière cruelle le dénuement dans lequel se trouvent la plupart des systèmes de santé des PVD. Il s'agit là, à l'évidence, d'un obstacle majeur à la maîtrise de l'épidémie et à la prise en charge des malades et des personnes infectées, de plus en plus nombreux.

Comment lutter contre ce fléau lorsque tout manque: personnels soignants, structures de soins et d'accueil, tests de dépistage, médicaments, préservatifs...?

Mais, dans le même temps, augmenter les moyens affectés à la lutte contre le SIDA, lorsque cela est possible, n'est-ce pas prendre le risque de délaisser, à terme, d'autres problèmes de santé publique tout aussi importants ?

Et, de fait, l'épidémie de SIDA exerce d'ores et déjà une pression sensible et grandissante sur les moyens - humains, matériels et financiers - très limités des systèmes de soins des PVD. A titre d'exemple, environ 40% des lits hospitaliers sont, au Kenya, mobilisés pour le traitement de malades atteints du SIDA.

Une part croissante des budgets de santé - qui sont, par ailleurs, souvent les premiers touchés par les programmes d'ajustement structurel - est ainsi absorbée par le financement du traitement des personnes infectées par le VIH.

Ce mouvement se fait au détriment non seulement de la prise en charge d'autres affections, mais encore de la politique de prévention de l'épidémie de SIDA elle-même.

Néanmoins, les membres du Groupe Informel de Réflexion (GIR), après en avoir débattu, considèrent que si la lutte contre le SIDA passe, certes, par un renforcement et par une amélioration substantiels des systèmes de santé, elle peut, en contrepartie, assurer un rôle de "locomotive" au profit de la santé publique tout entière et du développement des systèmes de santé des PVD.

En effet, elle peut accélérer la prise de conscience de la gravité de la situation et promouvoir des objectifs sanitaires au sein des politiques de coopération, multi et bilatérales, quelque soit le secteur initialement concerné.

Au-delà de cette seule conviction, les membres du GIR ont tenu à affirmer que la priorité que représente à leurs yeux la lutte contre le SIDA, loin d'être exclusive d'autres préoccupations, ne peut se concevoir qu'intégrée dans un programme élargi et cohérent.

Ainsi, trois problèmes de santé publique majeurs dans les PVD sont étroitement liés à l'épidémie de SIDA et ils doivent être abordés de front.

A/ Prévenir et soigner les maladies sexuellement transmissibles.

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) entretiennent avec l'infection par le VIH une relation en miroir:

les personnes ayant des antécédents de MST ont un risque particulièrement élevé de contracter une infection par le VIH; à l'inverse, les personnes infectées par ce même virus sont plus exposées que les autres à développer une MST et, le cas échéant, elles présentent alors parfois des formes de ces maladies anormalement graves.

En réalité, il serait illusoire de vouloir maîtriser l'épidémie de SIDA sans combattre, dans le même temps, les MST, tant les deux types d'infections sont inextricablement liés.

B/ Prévenir et soigner la tuberculose:

Cette maladie présente la redoutable caractéristique de rentrer "en résonance" avec l'infection par le VIH, dont elle potentialise les effets et complique considérablement le traitement.

Mais cette synergie n'est pas à sens unique; en retour, l'infection par le VIH a permis au bacille de Koch de retrouver une virulence qu'il avait perdue depuis longtemps.

Cette remarque prend une dimension particulière dans le cas des PVD - où vivent 95% des personnes présentant simultanément les deux affections - même si les pays développés sont, eux aussi, concernés, compte-tenu de la multiplication inquiétante des souches de *Mycobacterium tuberculosis* résistantes que l'on y observe.

Là encore, puisque les infections sont indissociablement liées, les politiques sanitaires doivent être cohérentes, coordonnées et menées de pair.

C'est également pourquoi il a paru souhaitable au GIR de favoriser les structures de prévention et de soins polyvalentes et de promouvoir, partout où cela est possible, l'intégration des programmes de lutte contre le SIDA avec celles-ci.

La lutte contre le VIH/SIDA - assortie des deux volets MST et tuberculose - ne doit pas être individualisée au sein de structures spécifiques, mais faire partie prenante de l'activité de chaque dispensaire, de chaque centre de planification familiale, de chaque établissement de protection maternelle et infantile, de chaque maternité.

III/ Assurer la sécurité des transfusions sanguines et des injections:

Si la contamination par voie sanguine est devenue exceptionnelle dans les pays développés, les hypothèses les plus pessimistes peuvent être faites à propos de ce mode de transmission dans les PVD.

Certes, dans les premières années de l'épidémie, un effort considérable a été fourni - principalement par les bailleurs bilatéraux - pour donner aux PVD le matériel nécessaire au dépistage des donneurs de sang.

Mais actuellement, l'intérêt pour ce type d'aide - très coûteuse - s'est relâché, et rien ne prouve que la relève (permettant a minima la maintenance du matériel et le réapprovisionnement des stocks) a été assurée par les budgets nationaux.

Les pratiques thérapeutiques restant, dans beaucoup de pays, fortement attachées aux transfusions, il en résulte que, dans les PVD, le virus ne circule pas seulement par voie sexuelle, comme on a tendance à le croire hâtivement, mais très probablement aussi par voie sanguine.

De même, la transmission nosocomiale, compte-tenu du manque de matériel à usage unique dans les hôpitaux, et en raison d'une formation insuffisante du personnel, pourrait constituer un mode discret mais redoutable de propagation du virus.

2. Des blocages sociaux et culturels importants.

Dans tous les pays frappés par la pandémie de SIDA, autant les pays industrialisés que les pays en développement, l'analyse montre que les obstacles les plus forts à l'information et à l'éducation, que les blocages les plus puissants à la modification des comportements - seules armes actuellement disponibles pour lutter efficacement contre le VIH - sont d'ordre social et culturel.

Le refus de certains décideurs de voir en face la réalité des différents modes de transmission entraîne parfois une frilosité dans les mesures de prévention adoptées (mise à disposition des préservatifs pour les jeunes, programmes d'échange de seringues pour les toxicomanes etc...)

Analphabétisme et illettrisme, pauvreté, représentations particulières du corps et de la maladie, règles religieuses, tabous culturels... représentent autant de freins à la maîtrise de la pandémie.

Parmi ces traits de culture qui contribuent à favoriser la diffusion du VIH, ceux qui accentuent **la vulnérabilité de la femme et des jeunes à l'infection par le VIH** ont paru particulièrement importants aux membres du GIR.

Pour ce qui est des femmes:

- vulnérabilité anatomique et biologique
- mais aussi sociale: dépendance économique vis-à-vis du mari et de l'homme en général;
- inégalités d'accès à l'éducation et à l'information, au travail, aux soins;
- situation d'infériorité dans la négociation de l'acte sexuel;

- prostitution...

Tous ces handicaps se conjuguent pour aboutir au fait que les femmes sont en passe de devenir les principales victimes du virus. Peu à peu, l'épidémie se transforme. La maladie sera de plus en plus, dans les années qui viennent, une maladie de femmes avec tout le cortège de conséquences dramatiques déjà vues.

C'est pourquoi le GIR estime qu'il convient d'alerter les décideurs, les professionnels, les opinions, de ce fait qui retentit sur tous les équilibres. Il est nécessaire de mobiliser la recherche pour trouver des moyens de prévention dont les femmes puissent avoir la maîtrise. Il faut permettre l'accès des femmes et des jeunes filles à l'information, aux préservatifs, aux tests diagnostics, aux soins essentiels.

La vulnérabilité des jeunes est tout aussi préoccupante.

Leur statut social et économique les rendent - eux aussi - très dépendants. Les jeunes adolescentes, cumulant tous les handicaps, sont particulièrement exposées.

Le rôle préoccupant des toxicomanies par voie intraveineuses doit également être souligné.

Ces toxicomanies se développent facilement dans des sociétés déstabilisées par des facteurs - crise économique, économies en mutation - qui agissent souvent en synergie avec les déterminants déjà cités de la propagation du virus VIH.

3. Une prise de conscience insuffisante de la gravité de la situation.

La lucidité et la prise de conscience sur la gravité de la situation sont loin d'être généralisées. Dans ce domaine, et que l'on se tourne vers les pays développés comme vers les PVD, la lenteur de réaction semble généralisée.

Les populations, les familles, par peur, ignorance ou indifférence, se désintéressent largement de cette question.

Les personnels soignants, ne se sont pas assez, ni assez tôt, mobilisés.

Les entreprises n'ont pas encore compris qu'elles supporteraient, à terme, une large part du coût de l'épidémie et qu'il était de leur devoir comme de leur intérêt de s'impliquer dans la lutte contre le SIDA.

Quant aux gouvernements, ils ne font pas preuve d'une volonté politique suffisamment forte parce qu'ils ne perçoivent pas toujours la réalité des enjeux liés à cette question, y compris des enjeux susceptibles d'affecter le bon fonctionnement de la démocratie.

C'est pourtant d'un engagement politique fort dont tous les pays ont besoin. Cet engagement devrait permettre de combattre efficacement certaines des pesanteurs qui nuisent à l'efficacité des politiques sanitaires. C'est notamment le cas d'une tendance au déni de la maladie - déni de son ampleur et de sa gravité - que l'on rencontre encore dans certains pays.

A cet égard, l'expérience a prouvé que des succès réels pouvaient être obtenus grâce à l'implication personnelle des responsables politiques au plus haut niveau (et de personnalités ayant une grande autorité morale) dans la promotion de la prévention de l'infection par le VIH.

III. RELANCE ET RENOUVEAU DE LA SOLIDARITE INTERNATIONALE.

1. Une démarche globale.

La poursuite de l'action doit tenir compte des succès et des

échecs de l'approche actuelle. L'analyse des obstacles qui entraînent ces échecs est la condition nécessaire pour progresser.

Pour permettre une approche renouvelée, c'est-à-dire renforcée et élargie, il convient de prendre en compte la complexité extrême qui est celle de la pandémie.

La nouvelle approche devra **combiner**:

- * une vision **mondiale** - définie, coordonnée et évaluée au plan international- mais **adaptée aux particularités, notamment culturelles**, de chaque pays;

Le futur Programme commun co-parrainé des Nations-Unies sur le VIH et le Sida pourra - à n'en pas douter - répondre en grande partie à cette attente. Mais les acteurs bilatéraux devront également travailler de concert, entre eux et avec ce dernier.

- * une démarche de santé publique, mais qui s'ancre dans **une reconnaissance et un respect des Droits fondamentaux de la personne humaine**. Cette démarche devra, en particulier, proscrire de la façon la plus claire et la plus solennelle **toute forme de discrimination, de stigmatisation, et de marginalisation des personnes infectées par le VIH**;

- * une volonté de **lutter contre le SIDA**, mais aussi de lutter contre les MST et la tuberculose, dans des programmes intégrés au système de santé polyvalent. Ceci assurera, parallèlement, le **renforcement de l'ensemble des systèmes de santé**, renforcement sans lequel toute action spécifique serait illusoire. Le développement des services de prise en charge des malades permettra - notamment- de soutenir la recherche clinique indispensable.

- * une détermination à **développer des actions de prévention** - associant éducation, information, mise à disposition de préservatifs et tests de dépistage (anonymes) - mais affichant

désormais également comme objectif la *prise en charge médicale et sociale* des personnes atteintes par le virus VIH; le soutien psychologique et les soins essentiels (y compris palliatifs) devant faire partie intégrante de cette prise en charge.

* un cadre d'action *centré sur la prévention de la transmission sexuelle*, mais se donnant également comme objectif d'*être vigilant pour prévenir la transmission par toxicomanies intraveineuses d'une part, et d'assurer la sécurité transfusionnelle dans les PVD d'autre part*; une vigilance accrue devant être développée dans ce dernier domaine, sauf à risquer de négliger un mode de contamination susceptible de faire encore des ravages.

* une démarche consciente que deux groupes - qui représentent à eux deux plus de la moitié de la population mondiale - sont particulièrement exposés: *les femmes et les jeunes*, faits dont doivent tenir compte les acteurs de prévention et de soins, pour s'adapter aux particularités de ces groupes, utiliser des canaux d'intervention appropriés, et faire que ces deux catégories ne restent pas à l'écart de leur champ d'action.

* une approche s'attaquant aux *particularités propres à la pandémie de SIDA*, mais aussi à ses *racines profondes, qui sont sociales, économiques et culturelles*; il est probable que l'inégalité sociale (marginalisation, exclusion, discrimination) se retrouve autant en aval qu'en amont, autant cause que conséquence, de l'infection à VIH. Cette notion doit être constamment présente à l'esprit des acteurs pour adapter les stratégies d'intervention suivant ce principe.

* une stratégie privilégiant une approche à *long terme*, car seule à même d'endiguer l'épidémie, mais s'inscrivant également dans le *court terme*, parce que des gages d'efficacité doivent être donnés; l'action immédiate et tangible doit garder une place importante pour rendre crédibles les programmes, aux yeux des malades, de l'opinion, des décideurs, des financeurs.

* un engagement réel et durable des pays développés donateurs, mais aussi des PVD bénéficiaires de l'aide, selon **le principe - simple mais fort - de l'engagement réciproque**. Il paraît en particulier important que tous les PVD bénéficiaires de l'aide admettent la réalité et la portée de la pandémie, reconnaissent les déterminants socio-culturels qui accroissent leur vulnérabilité à l'infection par le VIH et s'engagent à faire de la lutte contre cette épidémie une véritable priorité;

* un plan d'action **ciblé sur les pays à forte prévalence**, mais ne négligeant pas les pays qui certes ont actuellement une faible prévalence mais connaissent un **risque de développement épidémique élevé**.

* une démarche d'**essence gouvernementale**, mais **reconnaissant le rôle déterminant des associations** de personnes atteintes par le SIDA dans la lutte contre la maladie, ou d'associations de citoyens (notamment associations de femmes et de jeunes). Si la lutte contre le SIDA réclame un engagement politique au plus haut niveau des gouvernements, ces derniers doivent travailler en étroite liaison avec les associations spécialisées, particulièrement les associations de personnes vivant avec le virus VIH, lesquelles ont joué, et joueront encore un rôle irremplaçable dans la mise en lumière des choix essentiels.

Seule une approche parvenant à concilier ces différentes dimensions peut être considérée comme une réponse globale, cohérente et crédible à la pandémie de SIDA et elle seule mérite un engagement politique au plus haut niveau.

2. Une aide financière à la hauteur des enjeux de l'épidémie.

Expression de la solidarité des pays développés et tout particulièrement des 17 pays qui seront présents au Sommet de Paris, l'effort financier consenti doit être à l'avenir :

* **accru**, afin de répondre à la gravité de la situation et à l'acuité des besoins. Jusqu'à présent, seul un nombre relativement limité de pays industrialisés a contribué de manière significative à l'aide internationale - tant multi que bilatérale pour la lutte contre le VIH.

C'est pourquoi une augmentation substantielle de l'aide financière du monde développé paraît indispensable; et, au sein de celui-ci, les pays modestes bailleurs doivent tout particulièrement accroître leurs efforts;

* **rééquilibré**, puisqu'à l'heure actuelle l'aide internationale n'est pas équitablement répartie, ni au niveau des pays bénéficiaires, ni à celui des pays donateurs;

* **diversifié**, compte-tenu du nombre d'acteurs concernés directement ou indirectement par la pandémie de SIDA, et tout particulièrement les entreprises.

Il faut par conséquent convaincre le secteur privé - et les firmes multinationales au premier chef - qu'il est de son intérêt bien compris - compte tenu du coût économique et social de l'infection par le VIH - de s'impliquer activement dans la lutte contre cette maladie: **il s'agit là d'un véritable investissement.**

Cette action pourrait être relayée par la mise en place de mécanismes **incitatifs, notamment en matière fiscale.**

3. Une organisation opérationnelle étroitement coordonnée, pour être plus efficace.

L'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi de l'aide publique attribuée paraît désormais une condition déterminante de son efficacité et de son succès. Deux objectifs semblent, à cet égard, devoir être poursuivis:

** assurer une coordination internationale globale.*

Il conviendrait de définir une stratégie mondiale de financement, associant bailleurs multi et bilatéraux, publics et privés, et définissant - en fonction des besoins quantifiés des pays, et particulièrement des pays les plus démunis - des axes de financement précis, mais néanmoins flexibles, pour que chaque bailleur puisse s'y adapter, dans une concertation fréquente et très ouverte.

Cette coordination doit porter sur l'exécution des programmes d'aide, mais aussi sur leur évaluation afin de permettre de mieux articuler les programmes d'aide multilatéraux - en particulier dans le cadre du futur programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le SIDA administré par l'OMS - avec les programmes de coopération bilatérale, les programmes des organisations non gouvernementales, et les programmes nationaux.

** garantir l'accès effectif des systèmes de soins des PVD*
traitement y compris les traitements palliatifs de

Par sa taille et sa représentativité, elle serait à même de faire pression sur les fournisseurs - en particulier l'industrie pharmaceutique- afin d'obtenir les meilleures conditions commerciales.

L' organisation de cet approvisionnement pourrait reposer sur les services des centrales d'achats existantes (UNICEF et OMS) qu'il conviendrait de renforcer.

HEADS OF STATE - HEADS OF GOVERNMENT AIDS MEETING

PARIS, NOVEMBER 1994

RESOLUTION PROPOSAL

(March 30, 1994)

NOUS, CHEFS DE GOUVERNEMENTS DES 17 PAYS INDUSTRIALISES LES PLUS IMPLIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA, REUNIS A PARIS EN NOVEMBRE 1994.

CONSCIENTS

- DE LA GRAVITE DU SIDA, MALADIE CONTRE LAQUELLE, MALGRE LES EFFORTS DEPLOYES PAR LA RECHERCHE MEDICALE, NOUS NE DISPOSERONS PAS AVANT DE LONGUES ANNEES D'UN TRAITEMENT ET D'UN VACCIN REELLEMENT EFFICACES,
- DE LA PROPAGATION TRES RAPIDE DE L'INFECTION PAR LE VIH, QUI NE CONNAIT AUCUNE FRONTIERE, N'EPARGNE AUCUN CONTINENT, FRAPPE OU FRAPPERA TOUS LES PAYS ET MERITE AINSI LE NOM DE PANDEMIE,
- DES SOUFFRANCES PHYSIQUES, MORALES ET SOCIALES QUE LA MALADIE INFLIGE A L'INDIVIDU, ET EN PARTICULIER DES INTOLERABLES ATTEINTES AUX DROITS DE LA PERSONNE QU'ELLE ENTRAINE TROP SOUVENT,
- DES DEGATS SOUVENT IRREPARABLES QU'ELLE CAUSE A LA FAMILLE, ET AUX SOLIDARITES SOCIALES DONT ELLE BRISE LE CADRE,
- DE LA SITUATION DRAMATIQUE DANS LAQUELLE SE TROUVENT DE TRES NOMBREUX ENFANTS VICTIMES DIRECTES DE LA MALADIE OU FRAPPES DANS LEUR FAMILLE,
- DES RAVAGES QU'ELLE PROVOQUE DANS LES SOCIETES, PARFOIS PARMIS LES PLUS PAUVRES, DONT ELLE TOUCHE LES FORCES VIVES ET DONT ELLE ENTRAVE AINSI DAVANTAGE LE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL,
- DES VULNERABILITES PARTICULIERES DE LA FEMME A L'INFECTION PAR LE VIH ET QUI CONFERENT A LA PANDEMIE UNE GRAVITE SUPPLEMENTAIRE,
- DE CE QUE, L'INFECTION PAR LE VIH MENACE LA FAMILLE HUMAINE TOUT ENTIERE, ET L'ATTEINT DANS SA DIGNITE,

AFFIRMONS SOLENNELLEMENT

- NOTRE RESPONSABILITE POLITIQUE DANS LA LUTTE CONTRE UN FLEAU PLANETAIRE, DESORMAIS UNE QUESTION PRIORITAIRE, DU RESSORT DIRECT DES GOUVERNEMENTS EUX-MEMES ET QUI DOIT ETRE TRAITEE COMME TELLE, AU PLUS HAUT NIVEAU PAR CHACUN D'ENTRE NOUS MAIS AUSSI PAR TOUS LES GOUVERNEMENTS,
- NOTRE DEVOIR DE SOLIDARITE ENVERS LES PAYS QUI SONT ET SERONT LES PLUS FRAPPES PAR L'EPIDEMIE ET QUI SONT PRECISEMENT CEUX DONT LES BESOINS SONT LES PLUS GRANDS,
- NOTRE REFUS DE CEDER A TOUT FATALISME DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA ET NOTRE CERTITUDE QU'EN ADOPTANT LES MESURES DE SANTE PUBLIQUE ET LES POLITIQUES D'INFORMATION ET DE PREVENTION NECESSAIRES LA PANDEMIE PEUT ETRE ENRAYEE ET REDUITE,

- NOTRE DETERMINATION A CE QU'EN TOUTES CIRCONSTANCES LA PLENITUDE DES DROITS IMPREScriptIBLES DES PERSONNES ATTEINTES OU VIVANT AVEC LE VIRUS SOIT RESPECTEE, Y COMPRIS CELUI DE L'ACCES AUX SOINS,

- NOTRE DETERMINATION A RAPPELER LE DEVOIR ABSOLU DES AUTORITES RESPONSABLES DE METTRE TOUS LES MOYENS POSSIBLES EN OEUVRE POUR DONNER AUX PERSONNES ATTEINTES UN ACCES AUX SOINS,

- NOTRE CONVICTION QUE SEULE UNE APPROCHE GLOBALE MEDICALE, SOCIALE ET ECONOMIQUE DE LA PANDEMIE EST A MEME DE PERMETTRE UNE REPONSE ADAPTEE AUX DEFIS QU'ELLE POSE,

- NOTRE CONVICTION QU'UNE ACTION INTERNATIONALE CONCERTEE, DE GRANDE AMPLEUR ET SOUTENUE DANS LE TEMPS PERMETTRA EGALEMENT D'ENDIGUER LA PANDEMIE DE SIDA,

- NOTRE DETERMINATION A RENFORCER LA CAPACITE GLOBALE DE REPONSE DES SYSTEMES DE PRISES EN CHARGE PUBLICS ET PRIVES AU DEFI QUE LUI POSE LA PANDEMIE,

- NOTRE ATTACHEMENT A L'ACTION ET AU TRAVAIL ACCOMPLIS PAR LES ACTEURS NON GOUVERNEMENTAUX, DONT LE ROLE IRREMPLACABLE DEVRA, A L'AVENIR ETRE CONFORTE,

NOUS ENGAGEONS

- A METTRE EN OEUVRE, LES MESURES ADOPTEES DANS LE PROGRAMME D'ACTION JOINT A CETTE DECLARATION,

- A TOUT FAIRE POUR ACCROITRE L'ACCESSIBILITE DES MEDICAMENTS EXISTANTS QUI PERMETTENT D'ATTENUER LES EFFETS DE LA MALADIE,

- A METTRE EN OEUVRE UNE POLITIQUE RESOLUE ET HARDIE DE PREVENTION QUI FASSE APPEL A TOUS LES MOYENS PERMETTANT D'ACCROITRE L'INFORMATION DES POPULATIONS SUR LA MALADIE, LES MOYENS DE S'EN PREMUNIR, EN METTANT EN OEUVRE TOUS LES MOYENS POSSIBLES DE MOBILISATION SOCIALE DANS LE RESPECT DES DIVERSITES CULTURELLES,

- A LUTTER CONTRE TOUTE FORME DE DISCRIMINATION ENVERS LES PERSONNES INFECTEES PAR LE VIH ET A ASSOCIER DES REPRESENTANTS DE CES PERSONNES A LA DEFINITION ET A LA MISE EN OEUVRE DES ACTIONS OU DES MESURES QUI SERONT PRISES LES CONCERNANT,

- A ACCROITRE NOTRE AIDE NOTAMMENT FINANCIERE ENVERS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT LES PLUS ATTEINTS, EXPRESSION DIRECTE DE NOTRE SOLIDARITE ENVERS EUX, ET A MOBILISER D'AUTRES CONTRIBUTEURS A CETTE FIN,

- A HARMONISER NOS PROGRAMMES D'AIDE BILATERAUX EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA, AINSI QU'A EVALUER REGULIEREMENT LES ACTIONS ENTREPRISES,

- A FAVORISER L'ACCES EFFECTIF DES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT AUX INSTRUMENTS ACTUELLEMENT DISPONIBLES EN MATIERE DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DE L'INFECTION PAR LE VIH, MAIS AUSSI AUX INSTRUMENTS A VENIR ET, EN PARTICULIER, A UN EVENTUEL VACCIN,

- A SOUTENIR LE PROGRAMME COMMUN CO-PARRAINE DES NATIONS UNIES, SUR LE VIH ET LE SIDA.

*I need the rest of
the draft to make sense*

DRAFT DECLARATION *of this —*

We, the National AIDS Coordinators, meeting in Paris in April of 1994, for the purpose of planning a Ministerial level meeting,

Mindful of:

(additions start here)

page C-2

paragraph 1

The tragic situation of the many children who suffer from the disease themselves, whose families are affected and who may be orphaned by HIV/AIDS;

page C-3

paragraph 1

Our strong support for the United Nations co-sponsored office that addresses HIV/AIDS in a multisectoral, cross cutting issue;

paragraph 2

Our commitment to reinforce the theme, The Global Challenge of HIV/AIDS, of the Xth International Conference on AIDS, in Yokohama, Japan, at all levels of our respective endeavors, in recognition of the world wide effects of the pandemic.

THE WHITE HOUSE
WASHINGTON

PRESS RELEASE

**FOR IMMEDIATE RELEASE
FEBRUARY 7, 1994**

**FOR MORE INFORMATION:
JOHN PAUL GURROLA 202/632-1090
ANDREW BARRER 202/632-1090**

FEDERAL AIDS BUDGET FOR 1995 INCREASES

WASHINGTON, D.C. -- Kristine M. Gebbie, President Clinton's National AIDS Policy Coordinator discussed the increases in the Federal budget on AIDS today. "In a time of over-all budget cuts and other budget-related program reductions, the President's continued commitment to HIV/AIDS is shown in a budget increase of nearly ten percent" Gebbie said. The Office of National AIDS Policy has three focus areas in its mission -- research, treatment/services and prevention. The budget requests for these three areas and the requests for the specific departments that are closely related to HIV/AIDS issues are described below.

The President's Budget proposes a 6% increase in NIH basic and preventive research for HIV and AIDS. This provides \$1.379 billion for NIH AIDS research, a 29% increase since 1993. The President proposes an additional \$231 million for AIDS research in other federal agencies, bringing the total federal investment to \$1.61 billion.

This investment is combined with the Administration's commitment to improved management of AIDS research planning and budgeting at the NIH, and to enhancing government-wide and

HIV/AIDS BUDGET RELEASE
FEBRUARY 6, 1994
PAGE TWO

private sector coordination.

HIV/AIDS treatment and care services are primarily funded through the Ryan White CARE Act. The Administration is recommending an increase in these treatment funds of 16.1% for a dollar increase of 93 million dollars. These funds will be split between the four titles of the Act as follows: Title I (cities) 39 million, Title II (states) 30 million, Title III (primary care systems) 19 million, Title IV (pediatric and maternity care centers) 5 million.

In FY 94 \$1.1 billion was appropriated for block grants to states for substance abuse treatment, of which approximately \$25 million were specifically earmarked for HIV related programs. The FY 95 budget shows an increase of \$310 million for substance abuse treatment under the Substance Abuse and Mental Health Services Administration. This amount will go to the block grants given to states and will have direct impact on HIV prevention for persons with chronic substance abuse issues, including injecting drug users. This number will be adjusted based on the number of states that qualify in the coming weeks. Of the new amount, \$15.5 million have been specifically earmarked for HIV prevention activities. Since drug abusers are at high risk for HIV transmission, we consider this budget line a significant part of our Federal AIDS prevention programs. HIV prevention activities under the Centers for Disease Control and Prevention will receive the same level of funding as in FY 94.

HIV/AIDS BUDGET RELEASE
FEBRUARY 6, 1994
PAGE THREE

The Department of Health and Human Services, budget requests an increase of 592 million dollars over the 1994 level of spending. This raises the 1995 AIDS spending for HHS to nearly 6.0 billion. The increases within the Public Health Service include 93 million for the Ryan White AIDS services, 78 million for NIH and one million at AHCPR.

At the Department of Defense the 1995 budget request is divided between research, prevention and services/treatment money. \$14 million is earmarked for research; \$22 million for prevention and \$63 million for treatment services for military members and their families.

The Department of Housing and Urban Development's (HUD) FY 95 budget requests \$257 million towards the housing needs of people with HIV and AIDS. HUD funds can be used for a wide range of housing related services to prevent homelessness. Services can include emergency housing, transitional housing, and permanent housing arrangements; and the acquisition, rehabilitation and leasing of existing housing. Appropriate supportive services must be provided as part of HUD's HIV-related housing and include such activities as health and mental health services, permanent housing placement, chemical dependency treatment and counseling, day care, nutritional services, intensive care when required, and assistance in gaining access to local, state and federal government benefits and services. Housing Opportunities for People with AIDS remains stable at \$156 million.

HIV/AIDS BUDGET RELEASE
FEBRUARY 6, 1994
PAGE FOUR

The Department of Veterans affairs, through its large system of hospitals, provides AIDS prevention education, performs research and provides treatment services to Veterans. The total VA budget request for FY 95 is increased by \$18 M overall. Of the \$349 M requested for FY 95, \$312 M is earmarked for treatment services; \$6 M for research and \$31 M for prevention education.

###

THE WHITE HOUSE

WASHINGTON

OFFICE OF NATIONAL AIDS POLICY
PUBLIC HEALTH SERVICE FY 95 BUDGET INFORMATION

Summary

The FY 1995 budget includes \$2.7 billion in budget authority for the PHS for research, prevention and other related activities in the battle against AIDS and HIV infection. This is an increase of \$177 million, or 7 percent, over the FY 1994 appropriations. The funds requested for HIV/AIDS activities are included in the budget for each of the PHS components. The tables below summarize the entire PHS-wide HIV/AIDS effort, both by PHS agency and by function.

For FY 1995, the President's Budget proposes a \$93 million, or 16 percent, increase for HRSA's Ryan White AIDS health care services, and a \$78 million, or 6 percent increase for NIH basic and preventive research on AIDS. (More detailed discussions of these program increases for AIDS are included in the individual agency sections.)

HIV/AIDS FUNDING BY PHS COMPONENT
(Dollars in millions)

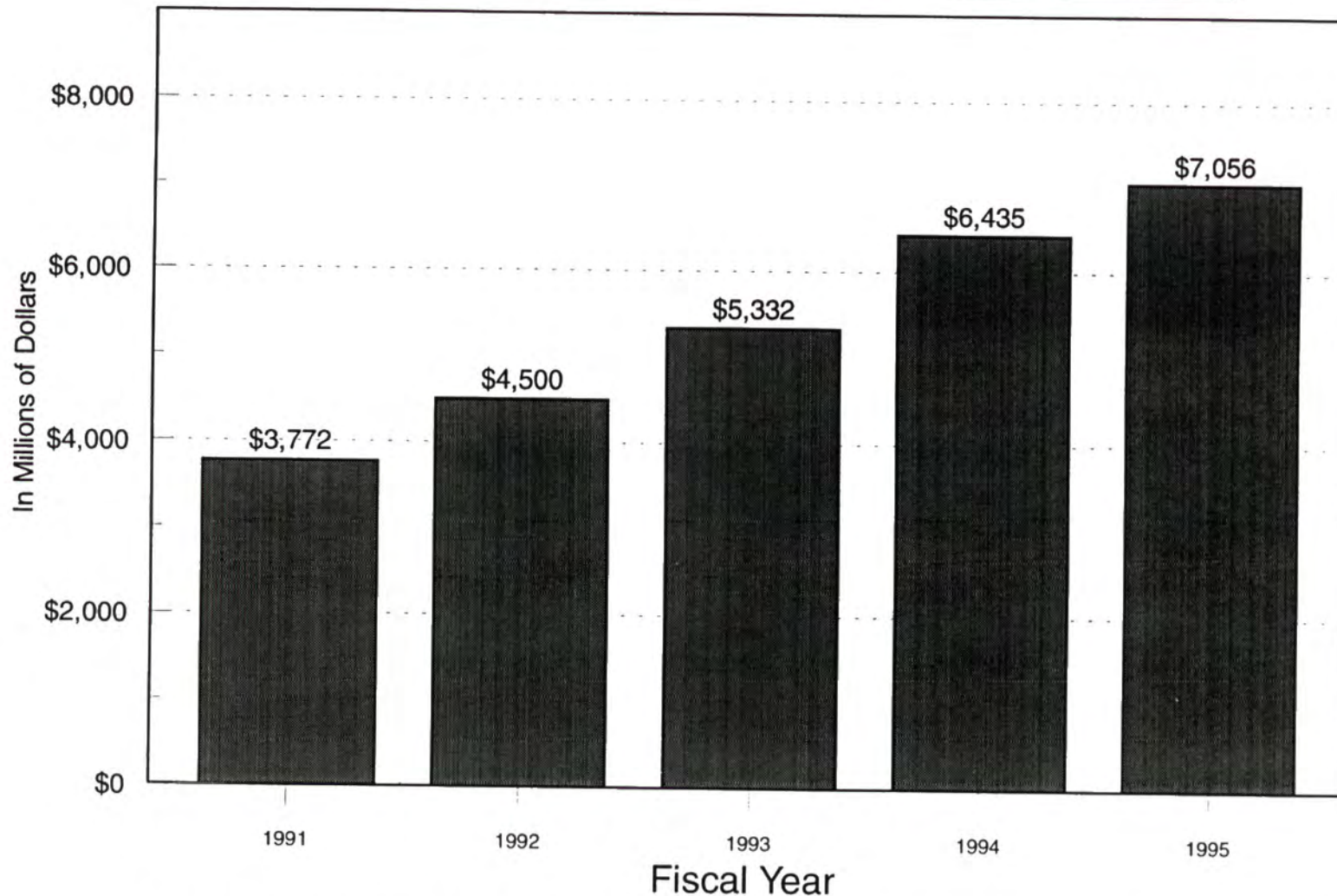
	1993 Actual	1994 Approp.	1995 Request	+/-
FDA.....	\$73	\$72	\$72	
HRSA.....	390	608	701	+\$93
IHS.....	3	4	4	-
CDC.....	498	543	543	-
NIH.....	1071	1301	1379	+\$78
SAMHSA.....	26	28	33	+\$5
AHCPR.....	10	11	12	+\$1
OASH.....	5	5	5	-
TOTAL, HIV/AIDS				
Budget Authority.....	2077	2572	2749	+177

SUBSTANCE ABUSE DOLLARS

In FY 94 \$1.1 Billion was appropriated for block grants to states for substance abuse treatment. Through the efforts of the Office of the National Drug Control Policy Coordinator an additional \$310 Million will be added to FY 95. This money is to be used by states for the most severe substance abuse cases, such as injecting drug abusers, who are at great risk for HIV transmission. \$15.5 Million of the new money will be specifically earmarked for HIV-related substance abuse programs. Of the original \$1.1 Billion, approximately 25 Million is also specifically earmarked for HIV related programs. (This number will be adjusted based on number of states that qualify in the coming weeks.) Because such abusers are at high risk for HIV transmission, this budget line is a significant part of federal AIDS prevention programs.

Office of National AIDS Policy

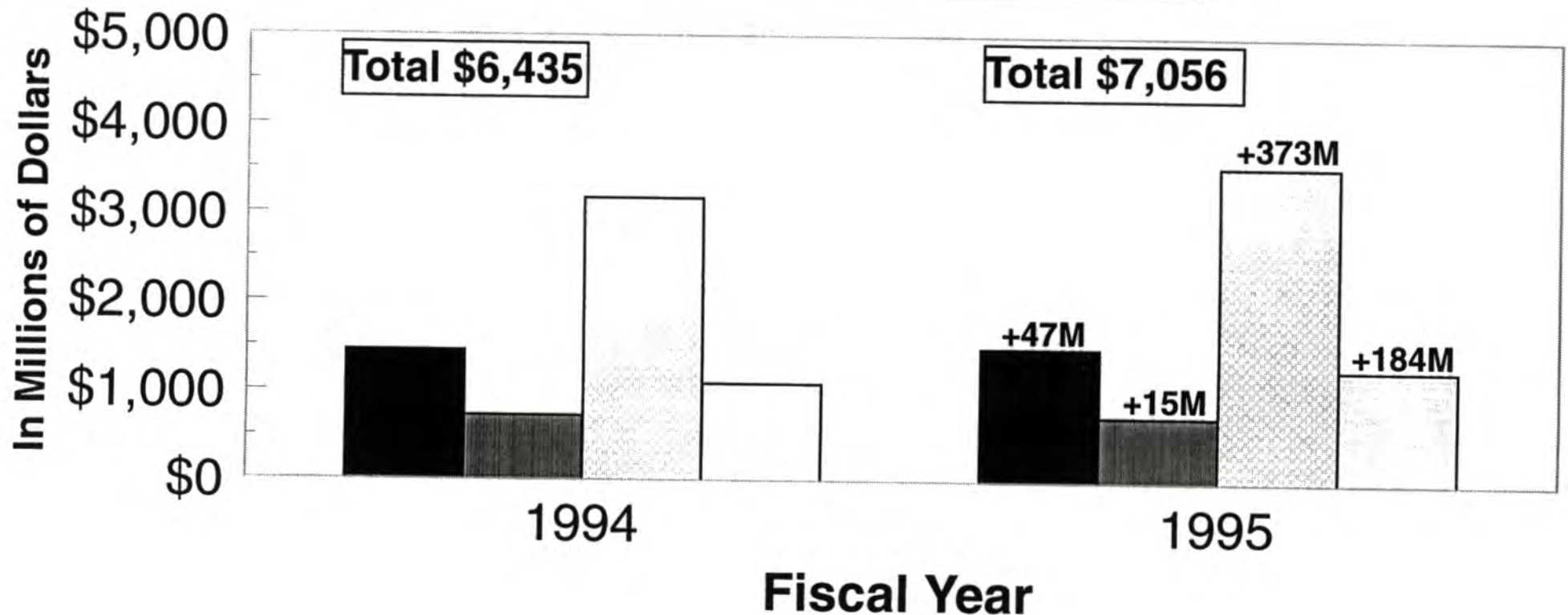
Total Federal Spending for HIV/AIDS 1991 THRU 1995



FY95 includes an estimated \$15.5 million in HIV/AIDS prevention services in the Hard Core Drug Treatment Initiative, an increase of approximately \$6 million above previous HIV/AIDS programming in SAMSHA.

Office of National AIDS Policy

Federal HIV Funding



■ Research ■ Prevention
□ Medical Care □ Income Maintenance

HIV/AIDS

HHS HIV/AIDS Funding

(Dollars in thousands)

	1993	1994	1995		
	Enacted	Approp.	Pres. Budget	Chg. +/-	
				'94 Appro.	% Chg.
<u>PUBLIC HEALTH SERVICE:</u>					
FDA.....	\$72,628	\$72,399	\$72,399	\$0	0.0%
<u>HRSA:</u>					
<u>Ryan White:</u>					
Title I.....	\$184,757	\$325,500	\$364,500	\$39,000	12.0%
Title II.....	115,288	183,897	213,897	30,000	16.3%
Title III.....	47,968	47,968	66,968	19,000	39.6%
Title IV.....	--	22,000	27,000	5,000	22.7%
Sub, Ryan White.....	\$348,013	\$579,365	\$672,365	\$93,000	16.1%
Other HRSA AIDS.....	42,328	28,431	28,431	0	0.0%
Sub, HRSA.....	\$390,341	\$607,796	\$700,796	\$93,000	15.3%
IHS.....	\$3,303	\$3,556	\$3,556	\$0	0.0%
CDC.....	\$498,253	\$543,253	\$543,253	\$0	0.0%
NIH.....	\$1,071,457	\$1,301,045	\$1,379,052	\$78,007	6.0%
SAMHSA.....	\$25,655	\$28,111	\$32,986	\$4,875	17.3%
AHCPR.....	\$9,624	\$10,624	\$12,000	\$1,376	13.0%
OASH.....	\$5,330	\$5,323	\$5,323	\$0	0.0%
Subtotal, PHS.....	\$2,076,591	\$2,572,107	\$2,749,365	\$177,258	6.9%
<u>ENTITLEMENTS:</u>					
<u>HCFA:</u>					
Medicaid (Fed Share).....	\$1,290,000	\$1,490,000	\$1,640,000	\$150,000	10.1%
Medicare.....	385,000	500,000	600,000	100,000	20.0%
Sub, HCFA.....	1,675,000	1,990,000	2,240,000	\$250,000	12.6%
<u>Social Security:</u>					
DI.....	505,000	635,000	775,000	\$140,000	22.0%
SSI.....	165,000	200,000	240,000	40,000	20.0%
Sub, Social Security.....	670,000	835,000	1,015,000	\$180,000	21.6%
Subtotal, Entitlements.....	\$2,345,000	\$2,825,000	\$3,255,000	\$430,000	15.2%
<u>OTHER:</u>					
OS/Office for Civil Rights....	\$2,600	\$2,600	\$2,600	\$0	0.0%
TOTAL, HHS.....	\$4,424,191	\$5,399,707	\$6,006,965	\$607,258	11.2%

Office of National AIDS Policy

Federal HIV Funding

(In Millions of Dollars)

	FY 1994 <u>Enacted</u>	FY 1995 <u>Budget</u>	Dollar Increase FY 94 to FY <u>95</u>	Percent Increase FY 94 to FY <u>95</u>
Public Health Service	2,572	2,749	+ 177	+ 7%
Office of Civil Rights	3	3	+ 0	+ 0%
Veterans	331	349	+ 18	+ 5%
Defense	129	99	-30	-23%
Housing	253	257	+ 4	+ 2%
OPM-FEHB	193	213	+ 20	+ 10%
*Other	129	131	+ 2	+ 2%
Total Appropriations	3610	3,801	+ 191	+ 5%
Medicaid (Federal Share)	1,490	1,640	+ 150	+ 10%
Medicare	500	600	+ 100	+ 20%
Social Security	835	1,015	+ 180	+ 22%
Total Entitlement	2,825	3,255	+ 430	+ 15%
Total Spending	6,435	7,056	+ 621	+ 10%

* Includes USDAID, Bureau of Prisons, State, and Labor.

Note: Provided as draft by Office of Management and Budget 2/7/94.