



DOLENTIUM HOMINUM

N. 77 – anno XXVI – N. 2, 2011

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER GLI OPERATORI SANITARI
(PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)

Convegno Internazionale di Studio

La centralità della cura della persona nella prevenzione e nel trattamento della malattia da HIV/AIDS

**Città del Vaticano
27-28 maggio 2011**

International Study Meeting

The Centrality of Care for the Person in the Prevention and Treatment of Illnesses Caused by HIV/AIDS

**Vatican City
27-28 may 2011**

DIREZIONE

S.E. MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI, **Direttore**
MONS. JEAN-MARIE MUPENDAWATU, **Redattore Capo**

COMITATO DI REDAZIONE

BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DOTT.SSA LILIANA
CUADRON SR. AURELIA
D'ERCOLE DON GIOVANNI
EL-HACHEM DOTT.SSA MAYA
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESÚS
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESE DOTT.SSA DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

CORRISPONDENTI

BAUTISTA P. MATEO, BOLIVIA
CASSIDY MONS. J. JAMES, U.S.A.
DELGADO DON RUDE, SPAGNA
FERRERO P. RAMON, MOZAMBICO
GOUDOTE P. BENOIT, COSTA D'AVORIO
LEONE PROF. SALVINO, ITALIA
PALENCIA P. JORGE, MESSICO
PEREIRA DON GEORGE, INDIA
VERLINDE SIG.A AN, BELGIO
WALLEY PROF. ROBERT, CANADA

TRADUTTORI

CHALON DOTT.SSA COLETTE
CASABIANCA SIG.A STEFANIA
FARINA SIG.A ANTONELLA
FFORDE PROF. MATTHEW
QWISTGAARD SIG. GUILLERMO



Direzione, Redazione, Amministrazione:

PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI (PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)
CITTÀ DEL VATICANO; TEL. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799 - FAX: 06.698.83139

e-mail: **opersanit@hlthwork.va**
www.holyseeforhealth.org

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 32 € compresa spedizione

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

SOMMARIO • CONTENTS

LA CENTRALITÀ DELLA CURA DELLA PERSONA
NELLA PREVENZIONE E NEL TRATTAMENTO
DELLA MALATTIA DA HIV/AIDS

THE CENTRALITY OF CARE FOR THE PERSON
IN THE PREVENTION AND TREATMENT
OF ILLNESSES CAUSED BY HIV/AIDS

CERIMONIA D'APERTURA • OPENING CEREMONY
27 MAGGIO 2011 • 27 MAY 2011

6 **Indirizzo di Saluto**
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

7 **Discorso del Cardinale Tarcisio Bertone**
S.E.m.za Cardinal Tarcisio Bertone

8 **Greetings by John Dalli**
Mr. John Dalli

9 **Indirizzo di saluto
in rappresentanza del Ministro
della Salute dell'Italia**
Prof. Francesco Bevere

9 **Messaggio del Ministro Gelmini**
On. Mariastella Gelmini

10 **Saluto del dottor Bresciani**
Dott. Luciano Bresciani

28 MAGGIO 2011 • 28 MAY 2011

11 **Introduzione al Convegno**
Dott. Giuliano Rizzardini

12 **La cura della persona nella prevenzione
della malattia da HIV/AIDS**
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

19 **Sustainable health care
is a moral obligation**
Mr. Michel Sidibé

21 **The International Role of the
Catholic Church in the Prevention
and Treatment of HIV/AIDS**
H.E. Msgr. Silvano Tomasi

25 **Estendere l'accesso al trattamento:
un'arma decisiva nella prevenzione
della trasmissione dell'HIV**
Prof. Carlo-Federico Perno

29 **The Prevention of HIV Infection:
a Concept in Evolution**
Dr. Edward C Green

35 **Le magistère de l'Église sur le traitement
et la prévention du VIH/SIDA**
Mgr Jacques Suaudeau

50 **Il programma DREAM: approccio olistico
alla cura della persona nella prevenzione
e trattamento dell'HIV/AIDS**
Prof.ssa Maria Cristina Marazzi

53 **L'Éducation aux valeurs
dans la prévention du HIV/AIDS
L'éducation sexuelle au temps du sida,
de la théorie du genre
et des orientations sexuelles**
Mgr Tony Anatrella

60 **La centralità della persona
nella prevenzione e nel trattamento
della malattia da HIV:
esplorando le nuove frontiere**
Prof. Giancarlo Cesana

61 **La prevenzione e il trattamento
della malattia AIDS: Aspetti bioetici**
Prof. Filippo M. Boscia

65 **The Economic and Structural Questions
and Issues of Long-term ART:
a Challenge to be Won**
Dr. Christoph Benn

-
- | | | | |
|----|--|----|--|
| 68 | The Experience of a Pharmaceutical Company in the Promotion of Universal Access to Antiretroviral Treatment
<i>Dr. Gregg H. Alton</i> | 86 | My Medical Experience in the Fight Against HIV/AIDS
<i>Prof. Joseph R. Masci</i> |
| 72 | Dalla Lotta contro l'AIDS alla Salute Globale
<i>Dott. Stefano Vella</i> | 88 | The Healthier Humanity Foundation
<i>Prof. Bruno Scarpellini</i> |
| 74 | La Fondazione Il Buon Samaritano
<i>Mons. Jean-Marie Mupendawatu</i> | 89 | The Centrality of the Person in the Prevention and Treatment of HIV Disease: Exploring New Frontiers
<i>Dr. Edmund P. Adamus</i> |
| 76 | L'esperienza nella prevenzione e nel trattamento della malattia da HIV/AIDS
Ospedale Divina Providência Luanda-Angola
<i>Sr. Amneris Serafin</i> | 92 | The Implementation of the National Program for the Prevention of HIV infection 2006-2010
<i>Dr. Sviatlana Hromava</i> |
| 82 | Le Centre Dream au Cameroun
<i>Sr Maria Angeles Mendaza</i> | 94 | The Papua New Guinea Catholic HIV/AIDS Service
<i>Sr. Tarcisia Hunhoff</i> |
| 85 | Impact and Response of the Catholic Church in times of AIDS in Vietnam
<i>Rev. John Phuong Dinh Toai, M.I.</i> | 95 | Indirizzo di Saluto finale di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski
<i>S.E. Mons. Zygmunt Zimowski</i> |

Convegno Internazionale di Studio

**La centralità della cura della persona
nella prevenzione e nel trattamento
della malattia da HIV/AIDS**

**Città del Vaticano
27-28 maggio 2011**

International Study Meeting

**The Centrality of Care for the Person
in the Prevention and Treatment
of Illnesses Caused by HIV/AIDS**

**Vatican City
27-28 May 2011**

CERIMONIA D'APERTURA • OPENING CEREMONY 27 MAGGIO 2011 • 27 MAY 2011

Indirizzo di Saluto di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

**S.E. MONS.
ZYGMUNT ZIMOWSKI**

*Presidente del
Pontificio Consiglio
per gli Operatori sanitari
Santa Sede*

All'inizio del nostro Convegno, molto importante per la Chiesa e per l'umanità, saluto tutti i presenti, giunti qui da molti Paesi e da tutti i continenti.

Desidero con l'occasione rivolgere un particolare benvenuto a:

Sua Eminenza il Cardinale Tarcisio Bertone, Segretario di Stato; a *S.E. Mons. Silvano Tomasi*, Nunzio Apostolico, Osservatore Permanente della Santa Sede presso l'Ufficio delle Nazioni Unite e Istituzioni Specializzate a Ginevra;

a *Sua Eccellenza il Dott. John Dalli*, Responsabile europeo per la salute e la sicurezza dei consumatori;

e alcuni alti Rappresentanti di Autorità politiche italiane ai quali daremo tra poco la parola.

Il mio benvenuto è rivolto a tutti i Relatori e agli Ospiti presenti dai vari Paesi, agli Arcivescovi e Vescovi, in modo speciale ai nostri cari Membri e Consultori.

Una partecipazione così qualificata e motivata che non può non darci gioia e slancio nell'aprire i lavori di questo Convegno di Studio dedicato a: *“La centralità della cura della persona nella prevenzione e nel trattamento della malattia da HIV/AIDS”*.

In questi ultimi anni, in effetti, si sono moltiplicate le richieste, da parte delle Chiese locali, di tornare ad affrontare la tematica e di mettere a punto un nuovo sussidio pastorale che possa aiutarle a mi-

gliorare i propri interventi. Ciò non solo in ambito pastorale ma anche medico-sanitario. Si deve poi considerare che, nel mondo, sono attivi oltre 117 mila centri sanitari della Chiesa Cattolica, dal semplice dispensario attivo nella giungla al grande policlinico metropolitano.

D'altro lato la Chiesa cattolica e questo Dicastero, nell'ambito suo specifico, sono state tra le prime realtà sovranazionali a occuparsi del flagello dell'HIV/AIDS e ad affrontarlo nella consapevolezza delle sue reali dimensioni e implicazioni sanitarie, sociali, economiche e, in ultimo ma tutt'altro che ultime, morali. Già nel 1989, ad esempio, la IV Conferenza Internazionale di questo Pontificio Consiglio fu dedicata al tema: *“Vivere perché? L'AIDS”* e riunì tutti i migliori medici, scienziati e ricercatori di allora. Molte altre iniziative hanno fatto seguito e la stessa Fondazione Il Buon Samaritano, istituita nel 2004 dal Beato Giovanni Paolo II e da lui stesso affidata al Dicastero, è un'espressione concreta di questa attenzione.

Dunque questo Convegno è un ulteriore momento di approfondimento finalizzato non solo a incrementare sempre più l'attuazione del magistero, in questo settore, ma anche a promuovere la consapevolezza etica di chi assiste tali malati e il rispetto della dignità di ogni persona infettata.

È inoltre un'articolazione attuativa della nostra XXV Conferenza Internazionale, tenuta nel novembre scorso e dedicata al tema: *“Caritas in veritate. Per una cura della salute equa ed umana”*.

Durante i Lavori saranno infatti esaminate le carenze finanziarie e logistiche che troppo spesso impediscono, agli infettati dei Paesi economicamente svantaggiati, di accedere alle terapie loro ne-

cessarie per sopravvivere. Sarà al contempo sollecitato un rinnovato slancio di solidarietà in spirito di Giustizia, come richiesto dall'illuminante Lettera Enciclica di Sua Santità Papa Benedetto XVI, da parte dei Paesi industrializzati verso quelli nei quali la popolazione non riesce a eccedere nemmeno alle cure primarie, necessarie ad esempio a non morire di malaria o di tubercolosi perché privi dei pochi dollari necessari a pagare i farmaci necessari (Cfr. *Caritas in veritate*, nn. 53 e 60).

Prossimo a concludere questo mio Intervento, desidero ricordare un passaggio del telegramma che il Beato Giovanni Paolo II rivolse ai partecipanti al Convegno *“La Chiesa Cattolica e la sfida dell'HIV/AIDS”*, organizzato nel 1999 da questo stesso Dicastero.

“[...] In questa circostanza, il Santo Padre incoraggia tutti a lavorare insieme, partendo dalle specifiche competenze, nella cura di coloro che patiscono questa malattia utilizzando le risorse della scienza per alleviare la loro sofferenza. Accompagnano queste persone la solidarietà della Chiesa e la fraterna generosità di tanti uomini e donne di buona volontà mossi dall'esempio del buon Samaritano a soccorrere, con mezzi adeguati, questi malati facendosene carico” nel modo migliore e più umano possibile.

Un auspicio che confermava l'amore e l'attenzione del Santo Padre verso le vittime dell'infezione, sentimenti e dedizione pastorale confermati in più occasioni da Sua Santità Benedetto XVI e dai massimi esponenti della Chiesa Universale, come qui e ora dimostrato dalla presenza di Sua Eminenza il Cardinale Tarcisio Bertone, Segretario di Stato, al quale passiamo la parola.

Discorso del Cardinale Tarcisio Bertone

**S.EM.ZA CARDINAL
TARCISIO BERTONE**

*Segretario di Stato
Santa Sede*

Eccellenze,

Illustri autorità,

Distinti ospiti e presenti tutti,

sono lieto di poter prendere parte alla Cerimonia di apertura del Convegno internazionale di studio "La centralità della persona nella prevenzione e nel trattamento della malattia da HIV/AIDS: esplorando le nuove frontiere", organizzato dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

Ringrazio il Presidente, S.E. Mons. Zygmunt Zimowski, per il cortese invito rivoltomi, e, con lui, i Superiori e gli Officiali del Dicastero, per l'impegno profuso nell'organizzazione di questo incontro.

Mi è gradito anzitutto recare a tutti voi, in particolare agli illustri relatori e ai partecipanti al Convegno, il saluto e la benedizione del Santo Padre Benedetto XVI. Sua Santità, assicurando la Sua spirituale vicinanza, mi incarica di trasmettere i Suoi voti per la buona riuscita di questo importante incontro di studio e l'incoraggiamento ad approfondire la riflessione sulle tematiche in oggetto, al fine di favorire da parte di tutti un impegno sempre più efficace nella lotta contro la malattia da HIV/AIDS.

Il tema scelto per il Convegno che oggi si apre è di grande attualità e assume particolare rilievo per quelle malattie, come quella da HIV/AIDS, che purtroppo spesso comportano, a tutt'oggi, un pesante stigma sociale.

Parlare di centralità della persona nella cura potrebbe sembrare scontato, se si pensa a quanti approfondimenti sono stati condotti negli ultimi anni sull'argomento, tanto nel campo della riflessione medica, quanto nell'ambito specifico del pensiero cattolico. In realtà, a uno sguardo attento, ci rendiamo conto di come la centralità della cura della persona sia un obiettivo ancora lungi dall'essere compiutamente rea-

lizzato sul piano pratico, e di come tale verità non abbia ancora dispiegato tutto il proprio potenziale nella riflessione sul senso della professione medica e sulla responsabilità dell'intero corpo sociale per le persone deboli o ammalate.

La Chiesa cattolica, è noto, è stata profondamente coinvolta nella lotta contro la malattia da HIV/AIDS fin dal primo manifestarsi di questa, anche a motivo della capillare presenza delle proprie strutture sanitarie nelle regioni che ne sono state maggiormente colpite. Sarebbe tuttavia riduttivo limitarci a considerare gli aspetti "numerici", pur relevantissimi, di tale opera di assistenza. Una parte essenziale del contributo offerto dalle strutture della Chiesa alla lotta contro l'HIV/AIDS, infatti, si colloca sul piano della costruzione di quel "capitale invisibile", senza il quale rimarrebbe priva di durevole efficacia anche la migliore rete di assistenza sanitaria.

Si pensi, ad esempio, a quanta importanza rivestano, anche sotto il profilo strettamente sanitario, l'educazione al superamento dei pregiudizi, il relazionarsi ai contagiati dal virus come a persone dotate di una dignità inalienabile, la presa di coscienza del contributo che esse possono e devono continuare a prestare alla propria famiglia e alla società, la possibilità di dare un senso alla loro sofferenza.

Oggi, grazie all'esperienza acquisita nel corso degli anni, comprendiamo ancora meglio la rilevanza di questi aspetti non solo per il sostegno morale alle persone colpite, ma anche per la prevenzione del contagio e per l'efficacia della stessa terapia: si tratta di una dimensione che senz'altro merita ulteriori approfondimenti, e nel cui solco si colloca il presente Convegno.

L'educazione a evitare i comportamenti a rischio, quando è basata su solidi principi morali, mostra pienamente la sua efficacia e si traduce in una maggiore apertura all'accoglienza di quanti sono già affetti dal virus. Là dove si va affermando la responsabilità per i propri comportamenti, infatti, au-

menta anche la consapevolezza del legame esistente con il resto della comunità e la sensibilità per coloro che soffrono.

D'altro canto, la vicinanza agli ammalati e la loro presa in carico non solo da parte dei professionisti della salute, ma delle famiglie e dell'intera comunità, è in grado di favorire una maggiore efficacia delle cure mediche e una più profonda presa di coscienza circa l'importanza della prevenzione.

Sono riflessioni che, fra l'altro, lasciano intravedere quanto centrale sia l'acquisizione di un solido riferimento etico per la lotta contro l'epidemia.

La Chiesa, consapevole di tutto ciò, conferma il proprio impegno, nella duplice indivisibile dimensione della formazione delle coscienze e dell'offerta più ampia possibile di cure mediche accessibili a tutti e di strutture sanitarie avanzate, soprattutto là dove maggiore è il bisogno.

Attraverso quest'unica opera, alla quale partecipano oggi innumerevoli persone – sacerdoti, religiosi, religiose, personale medico e infermieristico, volontari, catechisti, laici impegnati – la Chiesa rinnova il gesto del Buon Samaritano, di piegarsi sul fratello colpito e ferito nella carne, per versare l'olio della consolazione e il vino della speranza.

È un compito che intendiamo proseguire con tutto il nostro impegno, insieme a tanti altri uomini e donne di buona volontà operanti nel mondo per lo stesso scopo. È un compito al quale anche il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari vuole offrire il proprio contributo mediante la fondazione "Il Buon Samaritano".

Sono certo che il presente Convegno costituirà una proficua occasione di studio e di reciproco arricchimento tra esperti, scienziati, operatori con esperienza nell'organizzazione delle cure ai malati da HIV/AIDS e responsabili della promozione della pastorale nel delicato settore della salute.

Auguro pertanto a tutti buon lavoro. Grazie.

Greetings by John Dalli

MR. JOHN DALLI

*European Commissioner
for Health and
Consumer Policy*

Eminence, Excellencies,
Distinguished Ladies
and Gentlemen,

I am delighted to have the honour of participating in this important conference. And I am particularly grateful for today's theme – the centrality of care for the person suffering from HIV/AIDS. Indeed, fostering patient-centred care is very close to my heart; and to our work in Brussels. HIV represents great suffering for patients, and their families.

Health systems do not treat diseases, they treat people.

Society's responsibility goes well beyond treatment; it includes prevention, diagnosis, medical treatment, social care. All this within a context of no discrimination and equal opportunities

When I went to the World Aids Conference last year, I was mortified by what I learned about the difficulties that people infected with the virus face every day.

Many of them are from vulnerable and marginalised groups; and need support in the form of properly integrated health services as well as social services.

Our efforts must therefore target those who are most at risk of getting infected and to ensure appropriate treatment and care to those who do get infected.

Every year, nearly 2 million people still die of AIDS across the world; and almost 3 million more get infected.

Other treatable infections, together with hunger, kill another 20 million people every year.

Millions of children lose their parents or become themselves infected with HIV.

Compared to these world figures the scale of the problem may seem modest in the European Union.

But even in Europe there are major differences in access to diagnostics and care from one country to another; and in the European Union alone, over 25 thousand EU citizens get infected with HIV every year.

Taking care of people suffering from HIV AIDS is our collective responsibility. There is no time and no place for complacency.

The European Commission is actively involved in the fight against HIV/AIDS. We have strategies and funds to address the epidemic both within Europe and in developing countries, to whom we provide aid and support. Many other international bodies have HIV policies. Billions of dollars and Euros are spent each year to address the epidemic.

Our collective work has already helped to save the lives of 6 million people who today have access to safe HIV medicines. It has also helped to develop health systems and infrastructure in many regions of the world.

International organisations here today, such as UNAIDS, have played a key role in this regard.

We have made progress but there is a long way to go if we are to really put people first in addressing the disease.

We need a greater focus on prevention.

A greater focus on diagnostics. So many people are infected and do not even know about it. Some are diagnosed too late to be treated.

There is still a long way to go to meet our renewed Millennium Development Goals of halting the disease by 2015 and providing appropriate treatment to all the people who need it. At least 10 million people worldwide lack access to life-saving HIV medicines.

This is why we have to make effective use of prevention measures and improve access to effective treatment and care to improve the lives of all the people affected.

We also need to work together across policies to ensure that people living with HIV AIDS live with dignity, are respected, and do not become ostracised victims of our societies.

The new UNAIDS and WHO strategies are cornerstones in our understanding on where we are and where we need to go.

Ladies and Gentlemen, I take this opportunity to pay tribute to all those living with HIV AIDS; and to their courage and determination to fight for their lives. They expect us to help them and the generation to come.

I believe the fundamental right to health and to personal dignity, and the respect of human rights, must guide our politics and efforts in the fight against AIDS.

Indirizzo di saluto in rappresentanza del Ministro della Salute dell'Italia Professor Ferruccio Fazio

PROF. FRANCESCO BEVERE

*Direttore Generale,
Direzione Generale
della Programmazione Sanitaria
dei livelli essenziali
e dei principi etici di sistema,
Ministero della Salute,
Italia*

Desidero, innanzitutto, rivolgere un saluto a Sua Eminenza Reverendissima Cardinale Bertone e a Sua Eccellenza Monsignor Zimowski, nonché ai membri del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

È un grande onore per me essere qui oggi a confermare la personale disponibilità e l'impegno concreto del Signor Ministro della Salute Professor Ferruccio Fazio a sostenere ogni occasione di approfondimento e confronto sui temi della prevenzione e cura dell'infezione da HIV.

Il Professor Fazio, fin dall'inizio del Suo mandato, ha sempre ricordato e rafforzato la centralità della Persona, tanto da inserire un apposito capitolo dedicato all'*umanizzazione delle cure*, nel Piano Sanitario Nazionale in corso di approvazione. L'adozione di politiche di umanizzazione è il

primo passo per orientare la clinica e la ricerca verso la Centralità della Persona umana. Si tratta di un'importante assunzione di responsabilità, cui deve corrispondere una crescente, parallela, responsabilizzazione di ogni attore impegnato sul campo.

Sono certo di ricevere anche oggi, da questo contesto così autorevole, suggerimenti utili a migliorare i contributi che il Ministero della Salute non ha mai fatto mancare, anche sul tema delle infezioni da HIV.

Auguro a tutti un buon proseguimento dei lavori.

Messaggio del Ministro Gelmini

ON. MARIASTELLA GELMINI

*Ministro dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca,
Italia*

Eccellenza Reverendissima
Mons. Zygmunt Zimowski

Sono particolarmente dispiaciuta che impegni istituzionali mi abbiano portato lontano da Roma non permettendomi di essere presente alla inaugurazione di questo importante Meeting internazionale. L'opera veramente meritoria del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e della Fondazione "Il Buon Samaritano" nel campo della prevenzione e del trattamento delle malattie causa-

te dall'HIV e dall'AIDS sta anche nell'aver organizzato un evento importantissimo non solo dal punto di vista medico scientifico ma anche umano e sociale.

Il Ministero che ho l'onore di guidare è particolarmente interessato all'argomento, sia per quanto riguarda l'informazione e l'educazione della popolazione, sia per quanto attiene la ricerca e l'assistenza delle persone malate o portatrici del virus.

Non posso non condividere il tema principale del convegno che pone la Persona al centro dell'attenzione e della cura. Il Beato Giovanni Paolo II, nell'istituire la Fondazione "Il Buon Samaritano", comprese la necessità impellente di aiuto e di solidarietà che i malati così bisognosi di cure e di supporto come quelli affetti da

AIDS necessitavano, ancor più in momenti in cui i progressi scientifici erano ancora lontani dalle possibilità terapeutiche attuali. La grande opportunità di questo incontro sta nel mettere insieme esperti nel campo medico e delle scienze con persone dall'elevato livello di attività sociale e pastorale, in modo da fornire insieme risposte non solo teoriche ma pratiche ai bisogni sempre più importanti dei malati.

Nei limiti delle mie competenze mi dichiaro a completa disposizione affinché il mio Ministero possa fornire il supporto e l'aiuto necessari per alleviare i problemi che questa malattia produce nel mondo.

Nell'augurare a tutti buon lavoro, invio i saluti più cordiali e affettuosi a tutti i partecipanti.

Saluto del dottor Bresciani

DOTT. LUCIANO BRESCIANI

Assessore alla sanità
della Regione Lombardia
Italia

Porre la persona al centro nella attività di programmazione dei servizi sanitari in una regione come la Lombardia significa tener in considerazione le dimensioni e le caratteristiche del problema e costruire coerentemente un'offerta di servizi.

Dopo l'esplosione dei casi di AIDS negli anni Novanta (dal '90 al 2001 sono stati diagnosticati in Italia 50.000 casi di AIDS, con una media di 3.000-4.000 morti annui), si è verificato un crollo sia dei nuovi casi di AIDS, che del tasso di letalità.

La Lombardia si è costantemente collocata ai primi posti, con più di mille nuovi casi ogni anno, corrispondenti a circa 1/5 dei casi nazionali (e quindi proporzionali alla quota di popolazione residente nella nostra regione); successivamente al 2000, si è avuta una progressiva diminuzione.

Analogamente a quanto avviene nel resto d'Italia, i maschi continuano a prevalere, costituendo più del 70% dei nuovi casi.

L'età dei soggetti per cui viene fatta diagnosi di AIDS si è invece spostata in avanti, rispetto ai primi anni Novanta. Negli ultimi dieci anni infatti, sia per i maschi che per le femmine, la classe di età ove si colloca il maggior numero di casi di malattia è compresa tra 30 e 50 anni.

I motivi di tale avanzamento nell'età sono da ricondurre principalmente alla disponibilità delle terapie antiretrovirali, che, somministrate a un numero considerevole di soggetti ancora in fase di sola sieropositività, permettono una buona sopravvivenza e posti-

cipano più avanti l'evoluzione in malattia conclamata.

Attualmente infatti, grazie alla presenza di 20 *Unità Operative di malattie Infettive*, presenti nella nostra Regione, è possibile accedere a cure specifiche e di alta qualità.

Sono 48.311 soggetti che, a motivo dell'infezione, nel periodo 2000-2009 hanno ricevuto almeno una volta una prestazione sanitaria (ricovero, somministrazione di farmaci antivirali, controlli specifici per RNA-HIV), suddivisi per sesso, età e nazionalità. Si conferma la prevalenza del sesso maschile e dell'età giovane-adulta; i soggetti stranieri costituiscono circa il 11% del totale.

A ciò si affianca l'offerta della *rete di strutture extraospedaliere* per l'assistenza alle persone affette da HIV/AIDS costituita sia da case alloggio a carattere sanitario e sociosanitario (più di 250 posti letto) sia da hospice, gestiti da associazioni/enti del privato sociale con i quali la Regione Lombardia attiva apposita convenzione attraverso la rete delle ASL.

Per quanto riguarda gli aspetti di *prevenzione* è ormai noto a tutti che la sola informazione/conoscenza sulle ricadute negative per la salute di un comportamento non basta a determinare la scelta di evitarlo, e nemmeno conoscere le ricadute positive di altri comportamenti ne determina automaticamente l'adozione. È quindi necessario uno sforzo molto più rilevante sia per implementare interventi che favoriscano l'adozione, la sostenibilità e quindi il consolidamento delle scelte salutari da parte di ciascuno, sia per superare l'estemporaneità degli interventi stessi, riconoscendo che essi non possono essere appannaggio dei soli servizi di prevenzione ma richiedono l'attivazione di ruoli e responsabilità di tutti i settori, quindi le istituzioni, le amministrazioni e gli enti, e

il coinvolgimento di associazioni e della società civile nel suo complesso.

In relazione all'infezione HIV, la regione intende perseguire una maggior consapevolezza del rischio di infezione da HIV tra i gruppi a maggior frequenza di contagio, anche con un'adeguata offerta del test di screening e conseguente incremento dei soggetti diagnosticati precocemente.

Dall'analisi dei flussi informativi disponibili (consumi sanitari) si evidenzia che attualmente in Regione Lombardia le persone che si sottopongono al test, pur non considerando gli esami eseguiti in regime di ricovero, sono numerose; le donne che vi si sottopongono, nel periodo fertile, sono tra il 50 e l'80% delle residenti; la percentuale di soggetti che risultano positivi al test di screening è per le donne sempre al di sotto dell'1%, per gli uomini al di sotto del 2%.

La diffusione del test HIV è uno dei metodi utili e concreti per limitare l'avanzare dell'AIDS, poiché consente di accedere in tempo utile alla terapia antiretrovirale, con conseguente riduzione della carica virale e l'assunzione di comportamenti responsabili nei confronti della diffusione dell'infezione.

Nell'ambito della Commissione Regionale per la Prevenzione e Controllo dell'infezione da HIV e delle malattie sessualmente trasmesse, è stato messo a punto ed emanato un documento di indirizzo, rivolto alle ASL del territorio lombardo, finalizzato al potenziamento delle attività di screening e diagnosi precoce attraverso:

- la formazione per l'inclusione del test HIV nei percorsi diagnostico-terapeutici;

- la riorganizzazione e razionalizzazione dei presidi territoriali di offerta del test;

- la promozione dello stesso, anche in collaborazione con associazioni e gruppi di interesse.

28 MAGGIO 2011 • 28 MAY 2011

Introduzione al Convegno

DOTT. GIULIANO RIZZARDINI

Direttore del Dipartimento di Malattie Infettive, dell'Ospedale Luigi Sacco, Milano, Italia.

Introduction to the meeting

It is important to remember that seeking to identify the medical-scientific, educational and care pathways, and examining the orientations of the Magisterium and the pastoral orientations that should guide care for people afflicted by HIV/AIDS, must always be marked by the approach of the Good Samaritan, as pointed to emblematically in the figures of the Servant of God Father Giuseppe Ambrosoli and Matthew Lukwiya.

È con piacere e emozione che mi accingo a introdurre i lavori di questo Convegno sulla *“Centralità della cura della persona nella prevenzione e nel trattamento della malattia da HIV/AIDS”*. Con altrettanta gratitudine rivolgo il mio saluto al Presidente, al Segretario e al Sottosegretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari che hanno reso possibile la realizzazione di questo evento.

Voglio ricordare due persone con cui ho avuto il privilegio di lavorare negli ospedali missionari di Kalongo e di Lacor in Uganda e che mi hanno insegnato con la loro fede, la loro vita e la loro morte, cosa significa “chinarsi” sull’altro, il malato, nel momento in cui viene da te con tutta la sua fragilità, con tutta la sua impotenza e tutte le sue paure.

Il primo, il servo di Dio Padre Giuseppe Ambrosoli che nel momento di sofferenza indicibile nel quale, a causa della guerra, dovevamo abbandonare l’ospedale che lui aveva costruito e sviluppato in trent’anni, continuava a ripetermi *“Ciò che Dio vuole non è mai trop-*

po” e mi invitava a continuare a stare vicino ai nostri malati.

Il secondo, il dottor Matthew Lukwiya morto a causa dell’Ebola, diceva: *“La malattia mi ha fatto capire che la mia missione è quella di servire i più poveri. Salvare la vita degli altri per un medico significa mettere a repentaglio la propria. E io ho già fatto la mia scelta”*.

Lo scorso novembre, a opera del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute, ha avuto luogo la XXV Conferenza internazionale dal titolo *“Caritas in Veritate” Per una cura della Salute equa ed umana* nella quale si è commentata nei suoi vari aspetti l’enciclica del Santo Padre Benedetto XVI che proprio nella sua enciclica ricordava come *“lo sviluppo autentico debba essere centrato sulla persona e promuovere il progresso di ogni uomo, di ogni gruppo di uomini e di tutta l’umanità”*.

Nel suo messaggio di saluto ai partecipanti, Sua Santità Benedetto XVI sottolineava infatti come *“il tema scelto riveste un interesse particolare per la comunità cristiana, in cui è centrale la cura per l’essere uomo, per la sua dignità trascendente e per i suoi diritti inalienabili. La salute è un bene prezioso per la persona e la collettività da promuovere, conservare e tutelare, dedicando mezzi, risorse ed energie necessarie affinché più persone possano usufruirne. Purtroppo, ancora oggi permane il problema di molte popolazioni del mondo che non hanno accesso alle risorse necessarie per soddisfare i bisogni fondamentali, in modo particolare per quanto riguarda la salute. È necessario operare con maggiore impegno a tutti i livelli affinché il diritto alla salute sia reso effettivo, favorendo l’accesso alle cure sanitarie primarie. Nella nostra epoca si assiste da una parte ad un’attenzione alla salute che rischia di trasformarsi in consumismo farmacologico, medico e chirurgico, diventando quasi un culto per il corpo, e dall’altra parte, alla difficoltà*

di milioni di persone ad accedere a condizioni di sussistenza minimali e a farmaci indispensabili per curarsi”.

“Chinarsi come il Buon Samaritano verso l’uomo ferito abbandonato sul ciglio della strada è adempiere quella “giustizia più grande” che Gesù chiede ai suoi discepoli e attua nella sua vita, perché l’adempimento della Legge è l’amore. La comunità cristiana, seguendo le orme del suo Signore, ha adempiuto il mandato di andare nel mondo a “insegnare e curare gli infermi” e nei secoli “ha fortemente avvertito il servizio ai malati e sofferenti come parte integrante della sua missione” di testimoniare la salvezza integrale, che è salute dell’anima e del corpo”.

Questo Convegno sulla malattia da HIV/AIDS prosegue nel solco tracciato e guidato dalle parole del Santo Padre. in quella Conferenza del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

Come sottolineato nella premessa del programma di questo Convegno: *“L’obiettivo che ci siamo prefissati è quello di cercare di individuare percorsi medico-scientifici, educativi e assistenziali capaci di stimolare le sinergie tra le evidenze medico-scientifiche, gli aspetti di umanizzazione e di equità e gli orientamenti magisteriali e pastorali che devono guidare la cura della persona malata”*.

Allora chiunque si chinerà come il Buon Samaritano a curare la malattia da HIV/AIDS adempierà alla *“giustizia più grande”*!

L’autorevolezza dei relatori dovrebbe permettere il raggiungimento di questo obiettivo. Le testimonianze di operatori sul campo poi, ci faranno vedere come nelle diverse parti del mondo e magari con accenti diversi, riprendendo ancora una volta le parole del Papa *“si accoglie la vita dell’altro e ci si assume la responsabilità per lui, rispondendo alle sue attese, perché in lui si coglie il volto stesso del Figlio di Dio, che per noi si è fatto uomo”*.

Grazie e buon lavoro a tutti!

La cura della persona nella prevenzione della malattia da HIV/AIDS

LETTURA MAGISTRALE

**S.E. MONS.
ZYGMUNT ZIMOWSKI**

*Presidente del
Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede*

Care for the person in the prevention of illnesses caused by HIV/AIDS

In discussion of bioethical questions which this illness and its treatment involve, and in observing the therapeutic validity of new medical products, it is stressed that the only real prevention must be changes in sexual behaviour. This is an ethical teaching of the Magisterium of the Church which, where implemented, has demonstrated all of its effectiveness in Uganda, where it has brought about a decrease in the spread of infection. The message of the Church addressed to all men of good will goes well beyond instrumental rhetoric about prevention and is a 'Yes' to life, a 'Yes' to a life lived nobly and humanly, respecting one's own body and the bodies of other people.

Sin dall'inizio dell'epidemia di HIV/AIDS, la Chiesa Cattolica è stata sempre molto attenta al fenomeno nella sua globalità: non solo in termini scientifici e medici, ma anche e, soprattutto, nei suoi aspetti umani. Il soggetto principale delle attenzioni e preoccupazioni è la Persona contagiata dal virus, specialmente quando questa si trova a vivere la condizione dell'isolamento e della discriminazione ed è respinta dalla società civile in tutte le sue articolazioni e, troppo spesso dal-

la sua stessa famiglia. L'amore della Chiesa verso l'uomo malato di HIV/AIDS, nel suo degrado fisico, sociale, psicologico e morale, è la motivazione fondamentale anche di questo Convegno.

La Chiesa, inoltre, ha sempre ribadito che la battaglia contro l'epidemia da HIV/AIDS deve per prima cosa essere orientata a lottare contro le radici umane di questa epidemia, come, ad esempio, quell'atteggiamento sessuale umanamente errato che ha consentito un così rapido dilagare dell'infezione. Nel contempo la Chiesa ha messo al servizio dei malati di HIV/AIDS tutta la sua rete di assistenza sanitaria (dispensari, centri di consultazione e ospedali), e tutta la sua capacità di assistenza umana attraverso istituzioni religiose, organizzazioni parrocchiali, movimenti ecclesiali, gruppi di volontariato.

Per una miglior comprensione delle modalità con le quali la Chiesa accoglie i malati di HIV/AIDS e cerca, soprattutto rivolta ai gruppi giovanili, di operare per fermare la diffusione della malattia, dobbiamo qui richiamare l'insegnamento specifico della Chiesa in materia di bioetica.

Per far questo, nella prima parte del mio intervento esporrò l'insegnamento della Chiesa sulla prevenzione di tale epidemia (I), nella seconda, mi occuperò della preoccupazione per la persona in questa opera di prevenzione (II).

I. LA PROSPETTIVA DELLA CHIESA SULLA PREVENZIONE DELL'EPIDEMIA DA HIV/AIDS

Nell'affrontare quest'argomento, si desidera anzitutto sottolineare l'operato degli operatori dei mass-media che, trovandosi di

fronte a una così tragica e drammatica novità, decisero spontaneamente di evitare l'impiego di termini quali peste e lebbra al fine di non contribuire in alcun modo all'emergente discriminazione e all'esclusione sociale nei riguardi delle persone contagiate. Come la lebbra, l'HIV/AIDS spezza i legami umani, familiari e riduce la solidarietà umana. Come la peste nel Medio Evo, l'HIV/AIDS rovina le società delle Nazioni, dove è diffusa, lasciando dietro di sé una scia terribile di morti, orfani, famiglie distrutte, sparizione di persone, competenti ed esperte, indispensabili per lo sviluppo dei loro Paesi. Perciò l'HIV/AIDS è molto di più di una patologia o di una epidemia, si tratta d'un fattore di disgregazione familiare, di un elemento di paralisi per l'organizzazione socio-sanitaria dei paesi emergenti, e di freno per lo sviluppo a tutti livelli, culturali, scientifici, economici.

Per tutti questi motivi la diffusione dell'epidemia da HIV/AIDS solleva da anni gravi problemi umani ed etici. Per la Chiesa, questa malattia sfida il messaggio cristiano di amore, di compassione, di solidarietà, di fraternità. La Chiesa non può *rimanere indifferente di fronte a una tale tragedia*. Deve rispondere a una tale sfida. Il Beato Giovanni Paolo II ha chiaramente indicato, a suo tempo, il ruolo che ogni Chiesa locale, al proprio livello, doveva assumere di fronte all'HIV/AIDS: "La minacciosa diffusione dell'AIDS lancia a tutti *una duplice sfida*, che anche la Chiesa vuole raccogliere per la parte che le compete: mi riferisco alla *prevenzione della malattia* e alla *assistenza di coloro che ne sono colpiti*"¹.

Tuttavia, se la Chiesa è invitata così a contribuire alla prevenzione dell'HIV/AIDS e a mettere in atto una cura premurosa per i malati di HIV/AIDS, deve farlo in

conformità al suo insegnamento antropologico e morale. È quanto ha sottolineato il beato Giovanni Paolo II quando diceva: “Un’azione veramente efficace [...] non potrà essere svolta, se non si cercherà di sostenere lo sforzo comune con l’apporto derivante da una visione costruttiva della dignità della persona umana e del suo trascendente destino”².

a. La prospettiva della Chiesa in ambito bioetico, nei confronti dell’epidemia HIV/AIDS

Se è universale la domanda di etica in rapporto alle scienze della vita, è invece diversificata la formulazione dei modelli etici di riferimento e le teorie sulla fondazione del giudizio etico. Ci sono perciò diversi modi di considerare i problemi legati all’AIDS, e il loro giudizio etico dipende da questi punti di vista; tra i quali si possono distinguere tre prospettive, nell’ambito della prevenzione della malattia³:

- la prospettiva soggettivista o liberale;
- la prospettiva pragmatico-utilitaristica;
- la prospettiva personalista.

1. La prospettiva liberale

In questa prospettiva si assume come referente l’autonomia del soggetto, dunque la sua libertà. Il valore ultimo di riferimento è la libertà: è lecito ciò che è liberamente voluto, accettato, e che non lede la libertà altrui. Certamente, in questa prospettiva, c’è una porzione di verità, ma non tutta la verità dell’uomo e neppure tutta la verità della libertà. Si tratta in realtà di una libertà dimezzata: è libertà per alcuni, solitamente per chi può farla valere ed esprimerla (chi difende la libertà del più debole?).

È “libertà da” vincoli e obblighi e non “libertà per” un progetto di vita e di società che sia giustificato in un senso tendente a una finalità. Si tratta, in altre parole, di libertà senza responsabilità. Ma la libertà umana implica sempre una responsabilità.

2. La prospettiva pragmatico-utilitaristico

In questa prospettiva il principio base è quello del calcolo delle conseguenze dell’azione, sulla base del rapporto costo/beneficio. Questo rapporto ha validità quando è riferito a uno stesso valore e a una stessa persona in senso omogeneo e subordinato, cioè quando non viene assunto come principio ultimo, ma come fattore di giudizio da riferire alla persona umana e ai suoi valori. È validamente usato, ad esempio, quando è applicato dal medico in vista di una decisione sulla scelta di una terapia, da valutare in base alle controindicazioni e ai benefici prevedibili.

Tale principio, deve essere sottolineato, non può essere usato in maniera ultimativa e fondativa “bilanciando” beni fra loro disomogenei, come quando si confrontano i costi in denaro con il valore di una vita umana.

3. La prospettiva personalista

La tradizione personalista ha le sue radici in una profonda riflessione sull’uomo e sulla natura umana. Essa è centrata su questa parola “persona”, tanto ricca e, nello stesso tempo, tanto complessa e discussa.

Il personalismo insiste sulla libertà della persona: ma questa libertà non è vista come una libertà che ha dell’autarchia, un “poter fare qualsiasi cosa”. La persona è libera di assumersi delle responsabilità e crescere in umanità. In questa prospettiva una delle prime domande che bisogna porsi davanti a un comportamento è: “Ciò contribuisce a umanizzare le persone?”; “quest’azione aiuterà le persone a crescere in umanità?”.

La tradizione personalista affonda le sue radici nella ragione stessa dell’uomo e nel cuore della sua libertà: l’uomo è persona perché è l’unico essere in cui la vita diventa capace di “riflessione” su di sé, di autodeterminazione: è l’unico vivente che ha la capacità di cogliere e scoprire il senso delle cose e di dare un senso alle sue espressioni e al suo linguaggio cosciente.

Nella prospettiva personalista, si attribuisce un valore molto importante al corpo e alla sua integrità, però si considera anche la persona del malato, il suo atteggiamento relazionale, il suo stile di vita, le sue relazioni, familiari e sociali, il suo posto nella società.

4. La prospettiva della Chiesa in ambito bioetico

Tra questi diversi approcci in ambito bioetico, quello personalista è coerente con la prospettiva della Chiesa, poiché centra la sua attenzione sulla persona nella sua totalità. Tuttavia, il punto di vista della Chiesa è più ampio, va oltre nella sua attenzione, l’uomo è persona, debole e soggetta al peccato, ma è persona creata da Dio e salvata da Gesù Cristo.

La “persona” umana, così come presentata nel racconto della Genesi, è “persona” in quanto è creata da Dio, a sua immagine, l’unico essere voluto da Dio per se Stesso. Dio l’ha creata libera, e questa è la qualità fondamentale che distingue la persona umana dagli altri esseri viventi. E nell’esercizio di questa libertà che l’uomo è chiamato a crescere in umanità fino a raggiungere il modello dell’uomo perfetto, Gesù Cristo. Da questa libertà viene la dignità dell’uomo.

Ma l’uomo è anche debole fisicamente e spiritualmente, una debolezza che il racconto della Genesi rapporta al peccato originale. Vi è, certo, nell’uomo come una “stella di Dio”, cioè delle disponibilità che fanno pensare all’Altissimo, ma, nello stesso tempo, vi sono anche delle grandi debolezze. Esiste nell’uomo una “chiamata” interiore verso il Padre, e verso il bene. Le due cose vanno insieme. Si tratta di questo “ricordo” di Dio sul quale i Padri della Chiesa hanno scritto tanto e che sant’Agostino descrive in azione nella propria anima. Lo spirito che viene da Dio ispira ogni uomo, tramite questo “ricordo”, ad aprirsi alla trascendenza e a intraprendere il cammino interiore verso il Padre che passa tra le scelte e gli atti della vita quotidiana.

L’antropologia cristiana vede l’uomo “in cammino”, nel suo ciclo vitale, dal concepimento alla

morte, esposto continuamente al contrasto tra il richiamo del peccato e della “concupiscenza” da un lato, e, dall’altro la chiamata del Padre, alla santità, con l’aiuto dello Spirito Santo. La Chiesa presta attenzione a ogni uomo, particolarmente ai piccoli, ai disprezzati, ai discriminati, ai feriti della vita. La Chiesa, naturalmente, è chiamata a contrastare ogni forma di discriminazione verso l’uomo e specialmente verso l’uomo incapace di difendersi perché malato, ferito, debole, peccatore, sia nella famiglia, sia nel gruppo sociale, o tra gruppi sociali o etnici.

L’attenzione della Chiesa all’uomo non cessa mai. Anche verso la persona malata per un proprio peccato, il sentimento di responsabilità della Chiesa emula l’amore di Dio, poiché il Padre ama malgrado un volontario allontanamento da lui. Nello stesso tempo, la Chiesa crede nel potere della grazia e ha fiducia nella possibilità dell’uomo di cambiare strada, cambiare vita, convertirsi.

b. La specificità dell’infezione da HIV/AIDS

Sarebbe un errore, da parte dei membri della Chiesa, appoggiare senza distinguere, qualunque tipo di modalità proposta nella lotta contro la trasmissione sessuale dell’HIV/AIDS, con l’idea che il fine giustifica i mezzi, o, ancora, considerare che la Chiesa deve essere presente in questo campo in un modo che sia favorevolmente accolto dal mondo. Sarebbe un errore, perché l’HIV/AIDS non è una malattia infettiva qualsiasi: l’infezione da HIV/AIDS, trasmessa per via sessuale, appartiene a ciò che si può chiamare “malattia del comportamento”, essendo la sua trasmissione collegata – talora indirettamente, come nel caso dei bambini – a un atteggiamento specifico della persona in ambito sessuale, conseguenza di un determinato stile di vita.

Pertanto, questo contagio, frutto dell’atteggiamento sessuale immorale del contaminatore, avviene nel contesto di *relazioni interpersonali*, dove il virus è trasmesso da persona a persona in una ca-

tena di rapporti umani. Il cosiddetto “atteggiamento sessuale a rischio” è riconosciuto come il primo responsabile della trasmissione dell’infezione dell’HIV/AIDS: ciò significa che non riguarda più solo una persona che sta contaminando un’altra, ma anche tutte quelle altre potenzialmente implicate per il loro atteggiamento nella trasmissione del virus HIV. La responsabilità per la disseminazione del virus HIV in una popolazione acquisisce, perciò, un carattere collettivo, frutto della lassità dei comportamenti sessuali in questa comunità.

L’infezione HIV/AIDS non può essere considerata solo una patologia somatica immunitaria, da trattare con farmaci antiretrovirali. L’HIV/AIDS è anche una malattia sociale e morale, *rivela un disordine profondo*, antropologico e morale, che riguarda non solo l’atteggiamento sessuale della persona che trasmette il virus, ma anche il tipo di relazioni interpersonali coinvolte nella diffusione dell’epidemia. Ciò che sembra caratterizzare in prima linea l’atteggiamento delle persone che trasmettono l’HIV/AIDS è la loro *irresponsabilità* – e questo si verifica anche quando si tratta della trasmissione tramite “siringa” nel campo della tossicodipendenza. Una tale irresponsabilità trova il suo acme quando la persona che trasmette il virus lo fa consapevolmente. Questa irresponsabilità significa, per il beato Giovanni Paolo II, una “*crisi di valori*”, con la perdita di ogni senso di solidarietà e ogni inclinazione verso il rispetto della persona umana: “Le particolari caratteristiche dell’insorgere e del diffondersi dell’AIDS, e anche un certo modo di affrontare la lotta contro questa malattia, rivelano [...] una preoccupante crisi di valori. Non si è lontani dal vero se si afferma che, parallelamente al diffondersi dell’AIDS, è venuta manifestandosi *una sorta di immunodeficienza sul piano dei valori esistenziali*, che non può non riconoscersi come una vera patologia dello spirito”⁴.

Finché questo disordine morale non riceve attenzione da parte dei responsabili della lotta contro l’epidemia HIV/AIDS, perché

si dice che si tratta d’una scelta privata, l’epidemia rimarrà nella popolazione, contenuta dal trattamento antiretrovirale ma non eliminata, pronta a risvegliarsi appena qualche difficoltà renda problematico il trattamento.

Purtroppo questa è la realtà odierna nei paesi più ricchi, nei quali le persone infettate dall’HIV, con un facile accesso alla terapia antiretrovirale, non hanno tuttavia modificato il loro atteggiamento sessuale a rischio o l’hanno peggiorato, costituendo dei veri e propri “centri di accoglienza” per la sopravvivenza del virus⁵.

Perciò, la prevenzione della trasmissione sessuale dell’HIV va condotta nell’ottica e nel contesto di una lotta totale, olistica, contro l’infezione e le sue radici, non più e non solo limitata al pur importante aspetto medico-sanitario. “La prevenzione” dell’AIDS, solleva delle questioni più ampie che quella del semplice contagio. È paradossale che, malgrado tutte le incertezze, questa malattia (come l’herpes genitale che anche ha attratto molta attenzione sulla stampa) sia essenzialmente evitabile. L’abbandono della promiscuità, dell’omosessualità, e dell’uso di droghe potrebbe, infine, fermare le due malattie nel loro corso – benché sia ben poco probabile che questo possa essere una soluzione accettabile”⁶. Se la promiscuità non fosse endemica, l’HIV/AIDS non sarebbe endemico.

c. La prevenzione della trasmissione sessuale dell’HIV/AIDS

Alla luce di queste considerazioni sulle caratteristiche dell’epidemia da HIV/AIDS trasmessa per via sessuale, la scelta di un approccio personalista alla problematica dell’infezione, da parte della Chiesa, implica una serie di conseguenze immediate. Nell’etica personalista, l’accento è posto su ciò che può far crescere l’uomo, per farlo diventare più uomo, dunque sull’aspetto della responsabilità e della socialità. Lo scopo è più a lungo termine e, anche, più radicale.

L’etica personalista ci invita a focalizzare l’attenzione non solo

su un'efficacia a breve di questo o di quel metodo, ma sulla risonanza che questo avrà sulla persona e sulla sua crescita in umanità. Nella prospettiva personalista, lo scopo non sarà soltanto quello di evitare l'infezione, ma anche quello di adottare uno stile di vita che, permettendo di evitare l'infezione, promuoverà la persona e proteggerà il suo bene totale.

In altri termini, nella prospettiva personalista, si cerca di aiutare la persona a scoprire tutto l'orizzonte della propria grandezza, del proprio destino, della pienezza della vita alla quale è stata chiamata. Il dovere del consigliere non sarà quello di nascondere la verità, ma di indicare alla persona le autentiche strade di crescita che potrà seguire.

II. LA CURA DELLA PERSONA NELLA PREVENZIONE DELL'HIV/AIDS

Per quanto riguarda la cura della persona nella prevenzione dell'HIV/AIDS vorrei soffermarmi su quattro punti:

- a. Prevenzione tramite il trattamento antiretrovirale
- b. Il desiderio di avere un figlio delle coppie sierodiscordanti
- c. La necessità di un cambiamento di comportamento
- d. La "promozione della salute" nei giovani

a. Prevenzione tramite il trattamento antiretrovirale

La recente dimostrazione che il trattamento antiretrovirale (ART), abbassando la viremia HIV nei soggetti contaminati, impedisce la trasmissione sessuale del virus⁷ ha cambiato la prospettiva della prevenzione della trasmissione sessuale, specialmente nelle coppie sierodiscordanti.

Questo è stato il messaggio del Rapporto della Commissione nazionale AIDS della Svizzera, pubblicato il 30 gennaio 2008⁸. Per la Commissione, le persone infettate HIV, che hanno una emiconcentrazione del virus inferiore

a 40 coppie/ml (cioè non misurabile da strumenti di individuazione) per almeno sei mesi, che aderiscono a un programma di rigoroso trattamento antiretrovirale e che non hanno altre infezioni sessualmente trasmesse, non sono infettivi per i loro partner eterosessuali abituali. Questa scoperta⁹, ha dato un nuovo impulso all'OMS e all'UNAIDS nella prevenzione mondiale dell'HIV, come evidenziato nei dibattiti della XVIII Conferenza Internazionale sull'AIDS che si sono svolti a Vienna, dal 18 al 23 luglio 2010. Perciò, il metodo più sicuro per ottenere una prevenzione effettiva della trasmissione sessuale dell'HIV in una coppia sierodiscordante non sarebbe tanto l'uso del preservativo nei rapporti coniugali, che non protegge al 100%, ma l'applicazione d'un trattamento antiretrovirale efficace al soggetto sieropositivo, che manterrebbe la sua viremia sotto la soglia di individuazione. Studi recenti¹⁰⁻¹³ hanno confermato questa efficacia del trattamento antiretrovirale nella prevenzione della trasmissione sessuale dell'HIV, nelle coppie sierodiscordanti¹⁴.

Si è evidenziato¹⁵ che, grazie al trattamento antiretrovirale, le coppie sierodiscordanti possono avere oggi delle gravidanze "naturali", e senza complicazioni, se il partner sieropositivo ha una soppressione totale della viremia durante il trattamento antiretrovirale.

Uno studio¹⁶, ha evidenziato che mentre nelle 294 coppie sierodiscordanti che ricorrevano al preservativo nei rapporti sessuali, sono state osservate una sieroconversione e sei gravidanze, nelle 144 altre coppie che non usavano il preservativo e in cui il partner sieropositivo riceveva il trattamento antiretrovirale, non è stata osservata alcuna sieroconversione e 47 gravidanze. Un tale dato non può essere considerato come dubbio o trascurabile.

La *Cochrane Database of Systematic Reviews* ha recentemente pubblicato una meta analisi¹⁷ di tutti i dati sulla trasmissione dell'HIV nelle coppie sierodiscordanti dimostrando che, quando il partner infettato ha un CD count superiore a 350 CD4cells/μl, e riceve il trattamento antire-

trovirale, non si verifica trasmissione al partner sieronegativo.

Lo studio denominato *HPTN 052*, sponsorizzato dal *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* presso i *National Institutes of Health*, negli Stati Uniti, avviato nel 2007 e che doveva continuare fino al 2015, ma che sarà concluso prima del tempo per la netta evidenza dei risultati, dimostra senza dubbio l'efficacia del trattamento antiretrovirale nella prevenzione della trasmissione sessuale dell'HIV, se iniziato precocemente¹⁸. Questo studio è stato condotto su 1.763 coppie sierodiscordanti, arruolate in 13 Nazioni (Bostwana, Brasile, India, Kenya, Malawi, South Africa, etc.). Delle 28 infezioni osservate in queste coppie, 27 si sono verificate nelle 877 coppie in cui la terapia anti-HIV non è stata iniziata precocemente, mentre è stato rilevato soltanto un caso di infezione nelle 886 coppie ove il partner HIV infettato aveva iniziato subito il trattamento.

Questi risultati mostrano che il trattamento antiretrovirale, nelle coppie sierodiscordanti, quando messo in opera dal soggetto infettato immediatamente dopo la scoperta, è efficace per prevenire la trasmissione sessuale del virus. Per quanto riguarda le coppie in cui il partner scopre la sieropositività molto tempo dopo il presunto contagio, non si tratterebbe più di trattamento precoce ma si dovrebbe verificare regolarmente la viremia HIV del partner sieropositivo come strumento di monitoraggio dell'efficacia del trattamento.

La Chiesa non si è ancora pronunciata su questa nuova proposta terapeutica, è troppo presto per farlo secondo i tempi della validazione scientifica e sebbene tale proposta presenti risultati che ne attestano la sua validità, e quindi, sia portatrice di speranza per le coppie sierodiscordanti.

b. Il desiderio di avere un figlio delle coppie sierodiscordanti

A causa della trasmissione cosiddetta "verticale" del virus HIV, da madre a figlio, sia durante la gravidanza tramite la placenta che, soprattutto, durante il par-

to, tramite la via ematica, è fortemente sconsigliato alle coppie sierodiscordanti cercare di avere un figlio, tramite delle unioni senza preservativo. Tuttavia, con i progressi della terapeutica antiretrovirale e la sopravvivenza del coniuge infettato, tali coppie manifestano oggi sempre di più il desiderio di un figlio. Per soddisfare questa richiesta, quando è sieropositivo il coniuge maschio i medici propongono il ricorso all'inseminazione artificiale o alla fecondazione in vitro con lo sperma trattato del padre (poco affidabile) o con quello di un donatore (più sicuro). Sono più incerti quando è la madre a essere sieropositiva.

Oggi, però, il rischio di trasmissione verticale sia durante la gravidanza sia durante il parto si è molto ridotto nei casi in cui la madre abbia ricevuto il trattamento antiretrovirale, e in quelli in cui lo stesso trattamento sia praticato al neonato subito dopo la nascita. La Chiesa comprende il desiderio delle coppie sierodiscordanti di avere un figlio, e capisce anche che, per raggiungere questo scopo, si possa rischiare la trasmissione intraconiugale del virus a causa di rapporti sessuali "non protetti". Tuttavia, in tutte quelle situazioni in cui è impossibile beneficiare di un trattamento antiretrovirale (come nell'Africa subsahariana) questo atteggiamento è sconsigliato a causa del rischio di infezione sia per la madre, che per il figlio. Al contempo, la proposta dell'inseminazione artificiale o quella della fecondazione in vitro eterologa, naturalmente, non sono assolutamente moralmente accettabili, anche se permetterebbero alla coppia di avere un figlio senza rischio.

Detto questo, la problematica del desiderio delle coppie sierodiscordanti di avere un figlio, cambia prospettiva con la scoperta delle proprietà preventive del trattamento antiretrovirale. Se il coniuge sieropositivo effettua il trattamento antiretrovirale in un modo corretto, e se la sua viremia rimane non rilevabile, la coppia potrebbe rischiare di avere dei rapporti sessuali allo scopo di avere figli, con un rischio di trasmissione statisticamente molto basso.

c. La necessità di un cambiamento di comportamento

La vera prevenzione dell'HIV/AIDS sessualmente trasmesso deve indurre ad abbandonare comportamenti sessuali a rischio e deve orientare i giovani verso una sessualità equilibrata, vissuta nella castità preconiugale e poi nella vita matrimoniale.

Con il pretesto che si trattasse di un'utopia priva di corrispondenza con la realtà concreta, questo invito della Chiesa alla castità coniugale e all'astinenza sessuale fuori del matrimonio, è stato escluso a priori dai programmi di prevenzione dell'AIDS. Ma, che cosa si constata oggi nella realtà concreta? Nei paesi dove l'AIDS imperversa in modo significativo da molti anni, si è osservata una salutare reazione della popolazione, caratterizzata da una diminuzione dei rapporti sessuali extramatrimoniali, una diminuzione nel numero dei partner sessuali, e un aumento relativo all'età dei primi rapporti sessuali tra i giovani.

Questo cambiamento di orientamento è stato osservato principalmente in Uganda¹⁹, il Paese divenuto l'esempio, ormai classico, del beneficio derivante da una vigorosa politica governativa di prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS orientata al cambiamento del comportamento sessuale. La prevalenza dell'HIV-1 che aveva raggiunto il 14% nel 1991, è progressivamente diminuita per ridursi negli adulti (15-49 anni) al 5.1% nel 2001 (520.000 persone viventi affette da HIV-1), al 4.1% nel 2003 (450.000 persone con il HIV-1)²⁰.

La prevalenza nazionale del VIH-1 nelle donne incinte, che aveva raggiunto il 21.1% nel 1991 (30% in zona urbana)²¹, è declinata a partire da questa data fino al 9.7% nel 1998: un calo del 54% che si è manifestato sia nelle zone rurali che in quelle urbane. Nel 2000 questa prevalenza si è abbassata al 6%²². La prevalenza dell'HIV a Kampala, stimata al 30% nel 1992²³, si è ridotta fino all'8% nel 2002²⁴. I fattori determinanti di questa riduzione in Uganda sono da individuare nel notevole cambiamento di com-

portamento sessuale registrato tra i giovani, con un'età più avanzata dei primi rapporti sessuali (il 56% dei giovani, dai 15 ai 19 anni, dichiarava nel 1995 di non avere ancora avuto rapporti sessuali, contro il 31% del 1989 e il 46% delle giovani nel 1995 contro il 26% del 1989), da un'età al matrimonio ugualmente più elevata e una diminuzione dei rapporti sessuali extramatrimoniali (dal 22,6% nel 1989, al 18,1% nel 1995, per gli uomini)²⁵.

È stato ampiamente provato, particolarmente dai medici coinvolti nella lotta contro l'HIV/AIDS nell'Africa subsahariana²⁶, che il declino nella prevalenza dell'HIV in Uganda è riconducibile alla promozione da parte del governo di questo paese della politica del *zero grazing* (fedeltà coniugale, riduzione nel numero dei partner)²⁷, cioè un programma "ABC" nel quale l'insistenza era sui due primi termini (*Abstain, Be faithful*), e non sul terzo (*use a condom*), trascurato dal governo, perché, secondo il Presidente Yoweri Museveni, i preservativi promuovono la promiscuità sessuale senza garantire la sicurezza di non essere contaminati²⁸.

L'Uganda è stato il caso storico. Però altri paesi africani, come lo Zimbabwe e il Kenya²⁹, ne hanno seguito l'esempio. Un rapporto dell'UNAIDS (novembre 2005)³⁰ collega il declino della prevalenza dell'HIV nello Zimbabwe, osservata nel 2004, al cambio di atteggiamento sessuale della popolazione: cioè nella riduzione del *casual sex* (49% per gli uomini, 22% per le donne), e un ritardo nell'inizio dell'attività sessuali nelle persone giovani³¹. Lo stesso può essere detto per il Kenya, dove il calo della prevalenza dell'HIV/AIDS osservato in particolare nelle cliniche prenatali (dal 28% prevalenza nel 1999 al 9% nel 2003)³² sembra in parte riconducibile alla riduzione nel numero dei partner sessuali e a un inizio più tardivo dell'attività sessuale nei giovani³³. I chiari successi ottenuti grazie alle campagne basate sulla riduzione del numero dei partner costituiscono una chiara indicazione per riconsiderare in tutti i Paesi – e non soltanto in Africa – le politiche di prevenzione dell'HIV/AIDS: si ammette fi-

nalmente che non è impossibile far cambiare in questa direzione l'atteggiamento sessuale delle persone a rischio³⁴.

d. La "promozione della salute" nei giovani

La dimostrazione, a opera della comunità scientifica, che lo sviluppo di programmi di "promozione della salute" orientati verso i giovani, oltre che verso i cosiddetti "gruppi ad alto rischio", che prevedono di evitare comportamenti sessuali, capaci di esporre grandi masse di persone all'infezione³⁵, rappresenta l'aspetto più qualificante di un orientamento della prevenzione che trova la sua base nel concetto positivo della "promozione della salute" piuttosto che nella semplice "informazione per fare paura"³⁶. Questi programmi devono privilegiare l'interazione "faccia a faccia" piuttosto che strategie di comunicazione di massa³⁷, assegnando molta importanza all'educazione dei giovani (*peer-education*), con innovative tecniche di gruppo in cui ciascun partecipante aiuta i suoi coetanei a "immunizzarsi sul piano valoriale" contro l'assunzione di abitudini a rischio³⁸.

Sono questi i metodi di "cambiamento di comportamento" a essere stati sperimentati con successo nei giovani in Uganda, in Tanzania e in Nigeria. Il fatto che questi gruppi non solo esistano, ma si siano sviluppati e attirino un numero crescente di giovani malgrado la difficoltà di ciò che viene loro chiesto e nonostante l'assenza di un sostegno finanziario, rappresenta un elemento da segnalare ed evidenziare a tutte le rappresentanze politiche ivi compresi gli organismi nazionali e sovranazionali specificamente deputati alla lotta contro l'AIDS.

CONCLUSIONE

La risposta all'infezione da HIV/AIDS che la Chiesa fa sua, non propone, certo, la strada più facile, ma il calo significativo della diffusione e della mortalità dovuta all'HIV/AIDS, anche nei

Paesi poveri, è dovuto proprio al cambiamento di comportamento, nonché a una maggiore disponibilità dell'accesso al trattamento antiretrovirale.

La via che propone la Chiesa è un cammino di crescita umana della persona, sana o contagiata dalla malattia, attraverso un modello di sessualità umana basato sui valori della fedeltà coniugale e della famiglia. Si tratta certamente del cammino più difficile, ma, come si è visto, possibile.

Il messaggio che la Chiesa rivolge a tutti gli uomini di buona volontà riguardo all'HIV/AIDS va ben oltre la solita retorica strumentale sulla prevenzione; esso è un sì alla vita, un sì a una vita vissuta nobilmente e umanamente, nel rispetto del proprio corpo e di quello degli altri.

Le esperienze sul campo, con i giovani, in diversi paesi africani particolarmente colpiti dall'HIV/AIDS mostrano che l'appello a una "vita sana e gioiosa" trova accoglienza e, per il loro tramite, amplificazione. In un mondo condizionato nella propria capacità di giudicare e di pensare, dal razionalismo, dall'utilitarismo e dall'edonismo, la Chiesa lancia un messaggio di gioia, di speranza e di fiducia nell'uomo.

L'infezione dell'HIV/AIDS è un flagello, che però può essere vinto. Può essere vinto da un'alleanza da costruire e sviluppare tra gli uomini di buona volontà che, guidati da principi e valori etici, pongano come obiettivo ultimo del loro agire il servizio alla Vita, alla Vita di tutti gli uomini e di ogni uomo, soprattutto quando fa l'esperienza della malattia e della sofferenza e "diventa in modo speciale la via della Chiesa", (Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, n.3).

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, Mercoledì 15 novembre 1989, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, 1989, pp. 1268-1278, vedi p. 1270.

² GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pasto-

rale degli Operatori Sanitari, Mercoledì 15 novembre 1989, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, 1989, pp. 1268-1278.

³ Cfr. E. SGRECCIA, Manuale di Bioetica, vol. I, I fondamenti ed etica biomedica, Vita e Pensiero, Novembre 1996, pp. 55-72.

⁴ GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, n° 4, Mercoledì 15 novembre 1989, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, 1989, pp. 1268-1278, vedi p. 1270.

⁵ WOLITSKI RJ, FENTON KA, Sexual health, HIV, and sexually transmitted infections among gay, bisexual, and other men who have sex with men in the United States, AIDS and Behaviour, April 2011, vol. 15, suppl.1, pp. S9-S17. CHALMET K, STAELENS D, BLOT S, DINAKIS S, PELGROM J, PLUM J, VOGELAERS D, VANDEKERCKHOVE L, VERSHOFSTEDE C, Epidemiological study of phylogenetic transmission clusters in a local HIV-1 epidemic reveals distinct differences between subtype B and non-B infections, BMC Infectious Diseases, 7 September 2010, 10, 262, pp. 1-9.

⁶ Cfr. "Prevention raises issues larger than those simply of cross infection. Ironically, despite all the uncertainties, this disease (like genital herpes, which has also attracted much attention in the American lay press) is essentially preventable. The abandonment of promiscuity, homosexuality, and drug abuse could eventually stop both diseases in their tracks - though that is hardly likely to prove an acceptable solution", Waterson AP, Acquired immune deficiency syndrome, The British Medical Journal, 5 march 1983, vol. 2876, n° 6367, pp. 743-746.

⁷ MUSICCO M, LAZZARIN A, NICOLASI A, et al Antiretroviral treatment of men infected with human immunodeficiency virus type 1 reduces the incidence of heterosexual transmission. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. Arch Intern Med. 1994; 154: 1971-1976. CASTILLA J, DEL ROMERO J, HERNANDO V et AL. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005; 40: 96-101. COHEN MS, GAY C, KASHUBA AD et AL. Narrative review: antiretroviral therapy to prevent the sexual transmission of HIV-1. Ann Intern Med. 2007; 146: pp. 591-601.

⁸ VERNAZZA P, HIRSCHEL B, BERNASCONI E et AL. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Schweiz Arzteztg Standesfr. 2008; 89: 165-169.

⁹ «Swiss statement» deux ans après, Revue Médicale Suisse, 7 Avril 2010, vol. 6, n° 243, pp. 714-718.

¹⁰ ATTIA S, EGGER M, MÜLLER M ET AL. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. AIDS. 2009; 23: 1397-1404.

¹¹ DEL ROMERO J, CASTILLA J, HERNANDO V ET AL. Combined antiretroviral treatment... Br Med J. 2010; doi: 10.1136/bmj.c2205.

¹² DONNELL D, BAETEN JM, KJARIE J. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a perspective cohort analysis. Lancet. 2010; 375: 2092-2098.

¹³ COHEN MS, GAY CL. Treatment to prevent transmission of HIV-1. Clin Infect Dis. 2010; 50: suppl.3. S85-S95.

¹⁴ BOILY MC. HIV transmission in serodiscordant heterosexual couples. Risk is not zero but is low if the infected partner takes antiretrovirals. Br Med J. 2010; 340: 1149-1150.

¹⁵ BARREIRO P, DUERR A, BECKERMAN K ET AL. Reproductive Options for HIV-Serodiscordant Couples. *AIDS Rev.* 2006; 8: 158-170. BAREIRO P, DEL ROMERO J, LEAIL M et al. Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006; 43: 324-326.

¹⁶ DEL ROMERO J, CASTILLA J, HERNANDO V et al. Combined antiretroviral treatment *Br Med J.* 2010; doi: 10.1136/bmj.c2205.

¹⁷ ANGLEMEYER A, RUTHERFORD GW, EGGER M, SIEGFRIED N. Antiretroviral Therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11 may 2011, 5:CD009153.

¹⁸ Prompt HIV Treatment reduces spread to Other People by 96.3%, *Medical News Today*, 12 May 2011, <http://www.medicalnewstoday.com/printerfriendlynews.php?newsid...> The HPTN 052 study: Preventing Sexual Transmission of HIV with anti-HIV drugs, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, May 12, 2011, <http://www.niaid.nih.gov/news/QA/Pages/HPTN052qa.aspx>. Treating HIV-Infected People with Antiretrovirals Significantly Reduces Transmission to Partners, *Science Daily*, May 12 200, <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/05/110512132511.htm>

¹⁹ STONEBRUNER RL, LOW-BEER D, Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda, *Science*, 30 April 2004, m vol. 304, n° 5671, pp. 714-718.

²⁰ UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, p. 191

²¹ S. OKWARE, A. OPIO, J. MUSINGUZI, P. WAIBALE, Fighting HIV/AIDS: is success possible?, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, vol. 79, n° 12, pp.1113-1120.

²² R.L. STONEBURNER, D-LOW-BEER, Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda, *Science*, 30 April 2004, vol. 304, n5671, pp. 714-718.

²³ US Agency for International Development, What Happened in Uganda? Declining HIV Prevalence, Behavior chan-

ge, and the National Response, September 2002. voir p. 1.

²⁴ UNAIDS, AIDS Epidemic Update 2003, p. 10.

²⁵ Questi dati sono in accordo con un recente studio riguardante le differenze nel comportamento sessuale della popolazione in quattro città africane che presentano dei tassi diversi di prevalenza di HIV (da un 3,3 per cento a Cotonou, Benin, ad un 31,9 per cento a Ndola, Zambia). Questo studio mostra, tra le altre cose, che c'è un rapporto tra la precocità dei primi rapporti sessuali nelle ragazze giovani e la prevalenza di HIV nel loro gruppo. Le adolescenti di Kisumu e di Ndola avevano in particolare dei rapporti sessuali precoci con uomini di età maggiore e la prevalenza dei MST in queste adolescenti era più alta che nelle altre città analizzate. J.COHEN, *AIDS Researchers Look to Africa for New Insights*, *Science*, 11 February 2000, vol. 287, n° 5455, pp. 942-943. Differences in HIV Spread in four sub-Saharan African cities, *UNAIDS*, Lusaka, 14 September 1999.

²⁶ GREEN EC, HALPERIN DT, NANTULYA V, HOGLE JA, Uganda HIV prevention success: the role of sexual behavior change and the national response, *AIDS Behaviour*, July 2006, vol. 10, nb4, pp. 347-350.

²⁷ SLUTKIN G, OKWARE S, NAAMARA W, SUTHERLAND D, FLANAGAN D, CARAEL M, BLAS E, DELAY P, TARANTOLA D, How Uganda reversed its HIV epidemics, *AIDS Behaviour*, July 2006, vol. 10, n° 4, pp. 351-360. KIRBY D, Changes in sexual behaviour leading to the decline in the prevalence of HIV in Uganda: confirmation from multiple sources of evidence, *Sexually Transmitted Infections*, October 2008, vol. 84, suppl.2, pp. II35-II41.

²⁸ WAKABI W, Condoms still contentious in UGANA's struggle over AIDS, *The Lancet*, 29 April 2006., vol. 367, n9520, pp. 1387-1388.

²⁹ HALLETT TB, ABERLE-GRASSE J, BELLO G, BOULOS LM, CAYEMITTES MP, CHELUGET B, CHIPETA J, DORRINGTON R, DUBE S, EKRA AK, GARCIA-CALLEJA JM, GARNETT GP, GREBY S, GREGSON S, GROVE JT, HADER S, HANSON J,

HLADIK W, ISMAIL S, KASSIM S, KIURUNGI W, KOUASSI L, MAHOMVA A, MARUM L, MAURICE C, NOLAN M, REHLE T, STOVER J, WALKER N, Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti, *Sexually Transmitted Infections*, April 2006, vol. 82, suppl.1, pp. II-18.

³⁰ UNAIDS, Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data, November 2005.

³¹ GREGSON S, GARNETT GFP, NYAMUKA-PA CA, HALLETT TR, LEWIS JJC, MASON PR, CHANDIWANA SK, ANDERSON RM, HIV decline associated with behavior change in eastern Zimbabwe, *Science*, 3 february 2006, vol. 311, n° 5761, pp. 620-621.

³² Thika: pic à 19% en 2000, 8% en 2004; Tiwi: pic à 21% en 1999, 7% en 2004; Kitui: pic à 17% en 2001, 6% en 2004; Meru: pic à 23% en 2000, 3% en 2004; Kisumu: pic à 33% en 2000, 11% en 2004; Chulaimbo: pic à 29% en 2000, 14% en 2004;

Kisii: pic à 17% en 2001, 6% en 2004; Ministry of Health, Republic of Kenya, *AIDS in Kenya. Trends, Interventions and Impact*, Seventh edition, 2005, Appendice 1, pp. 77-78.

³³ UNAIDS, AIDS epidemic update, December 2005, p. 27.

³⁴ KALICHMAN SC, GREBLER T, Reducing Numbers of Sex Partners: Do We Really Need Special Interventions for Sexual Concurrency?, *AIDS Behavior*, 16 June 2010, Editorial, Epub ahead of print.

³⁵ P. FRANZKOWIAK, E. WENZEL, AIDS health promotion..., p. 119.

³⁶ P. FRANZKOWIAK, E. WENZEL, AIDS health promotion for youth. Conceptual framework and practical implications., *Health Promotion International*, vol. 9, n° 2, 1994, pp. 119-135.

³⁷ Ibid., p. 131.

³⁸ "HIV/AIDS prevention programme for young people... put an emphasis on peer education aiming at behavioural immunization against risk-taking habits" in P. Fanzkowiak, E. Wenzel, *AIDS health promotion for youth...*, p. 129.

Sustainable Health Care is a Moral Obligation

DISTINGUISHED GUEST LECTURE

MR. MICHEL SIDIBÉ

*Executive Director of UNAIDS,
Under-Secretary-General of the
United Nations.*

Prevention Breakthrough

We meet at one of the most exciting moments in the AIDS response. Just days ago, we learned of a research breakthrough that will transform our work and the future of our world.

Now we know that early treatment of people living with HIV can be 96% effective in preventing sexual transmission of the HIV virus. This is a true game-changer in the AIDS response. Serodiscordant couples have another extremely effective option for HIV protection.

This is a new approach to AIDS prevention—one that can have an impact not only on millions of individuals, but on the whole context of the HIV epidemic.

For too long, HIV prevention interventions focused on trying to influence the choices that individuals make. But for people besieged by social injustice, poverty, stigma, inequality and violence against women, it is not so simple to change..

Treatment for prevention does not require individuals or couples to make a new choice every day about what to do and how to live in order to protect themselves. It only requires that they adhere to a simple drug regimen that will keep them both healthy.

So you can see how this has the potential to change attitudes, connect communities and motivate millions of people to get tested and to be open about their HIV status and about their options for treatment and prevention.

But treatment for prevention cannot work if individuals do not have access to testing and treatment. And it will not work unless

there is an end to negative social attitudes surrounding HIV that prevent people from seeking testing and treatment when it is available.

Treatment for prevention is a weapon against fear, despair, secrecy and stigma.

Importantly, it empowers people living with HIV, in line with the principles of “Positive Health, Dignity and Prevention” (PHDP). This approach to prevention—designed by UNAIDS in collaboration with networks of people living with HIV—aims to improve and maintain the dignity of the person living with HIV.

PHDP places the person at the centre of prevention, care and treatment of HIV—the very theme of this study meeting. The framework includes nine action areas to support physical, mental, emotional and sexual health, creating an enabling environment for reducing new HIV infections. Engaging people living with HIV at all stages of the response holds health care providers accountable for effective service delivery.

Treatment as prevention sits as one element in an important comprehensive set of HIV prevention approaches. UNAIDS believes it is every person’s right, including young people, to have access to effective education on human sexuality, health and life skills to enable that person to make informed choices and follow through on them, including abstinence, reducing the number of sexual partners, mutual fidelity and how to use condoms consistently and correctly. Research has shown that such education does not result in increased sexual relations.

Moral Obligation

People are already asking “How can the world afford to do treatment for prevention when

there are still 10 million people medically in need of treatment?” My answer is, “how can we afford not to?”

Funding sustainable health care is a moral obligation. In this, the faith community and the Church are among our strongest allies in calling for robust, comprehensive and lasting national responses to HIV. To do this, the faith communities and the AIDS movement must come together and speak with one voice. The world is not hearing us because we are talking over, and sometimes in opposition to, each other.

We *must* work together. Yes, there are areas where we disagree – and we must continue to listen, to reflect and to talk together about them – but there are many more areas where we share common goals.

I welcome Pope Benedict’s recent clarification of the use of condoms for HIV prevention when he said that, “In the case of some individuals,” to use a condom for HIV prevention purposes could represent “a first assumption of responsibility”. This has helped me to understand his position better and has opened up a space for dialogue¹.

We must also join our efforts in the delivery of HIV care and support. The broad networks of health facilities and community- and home-based treatment, care and support provided by faith-based organizations are essential to scaling up the response. Together, we must continue to improve social protection for people, through programmes such as cash transfers and expanded social insurance schemes. These are not just safety nets, but also serve as “opportunity ropes,” enabling people to climb towards better lives.

We must make sure these programmes are HIV-sensitive – that they are accessible to people living with and affected by HIV, in-

cluding those caring for orphans and vulnerable children, and that they are accessible for people who are at risk because they are stateless, homeless or criminalized.

State of the epidemic

It has been 30 years since the first case of AIDS was diagnosed, 10 years since the landmark UN General Assembly Declaration of Commitment on HIV/AIDS, and 5 years since we made our stand for universal access. Our remarkable progress has been measured in lives saved and livelihoods regained.

Today, more than 6 million people are on HIV treatment, and 33 countries have reduced new HIV infections by more than 25% in the past 10 years.

The percentage of HIV-positive pregnant women who received treatment to prevent transmission of the virus to their child increased from 35% in 2007 to 53% in 2009.

Among young people in 15 of the most severely affected countries, HIV prevalence has fallen by more than 25%.

We recognize the important role of the Catholic Church and other faith-based organizations in this success. We count on you, as Church leaders and health practitioners, for the energy, inspiration and support we need to overcome the barriers that still remain.

More than two-thirds of all new HIV infections still occur in sub-Saharan Africa. In seven countries, mostly in Eastern Europe and Central Asia, new HIV infection rates have increased by 25%. Our way forward to bring down these rates is still blocked by stigma, discrimination and inequity between men and women.

Women and inequity

AIDS remains the leading cause of death for women of reproductive age worldwide. Young women remain especially vulnerable. Inequality between men and women is both a cause and a consequence of HIV. Our response will not have a meaningful impact

unless it addresses discrimination against women, domestic and sexual violence and access to life-saving information and services like safe delivery care and sexual and reproductive health care.

Tragically, women living with HIV face the greatest barriers to life-saving care. Women around the world have told us they must hide their HIV status or risk being denied essential care.

A woman living with HIV in the Caribbean told us that those like her are being pressured to undergo sterilization, and to never again engage in sex due to stigma and judgmental attitudes among health care workers. Faith-based communities can address damaging attitudes in society and among health workers. I know you will speak out against discrimination and coercion wherever you see it. Condemning acts of violence against women is also critical. The links between violence and HIV transmission are clear. When religious leaders speak out strongly to denounce violence against women and sexual violence, it carries a especially powerful weight.

Bridge-building

The Universal Declaration of Human Rights is foundational to the work of the UN, crafted with key inputs from the faith community. It opens by recognizing “the inherent dignity and the equal and inalienable rights of all members of the human family” as a foundation.

The Association of Member Episcopal Conferences of Eastern Africa made a similar statement in relation to HIV: “All persons carry with them a dignity that is not diminished by suffering or sickness. Therefore, all facets of justice—be they social, cultural, political legal or economic—must also, without discrimination, apply to all people who are affected or infected with HIV/AIDS.”

Building bridges like these between faith communities and populations affected by HIV is a role that UNAIDS cherishes.

UNAIDS—a joint program of the United Nations with 10 UN

cosponsoring agencies—works closely with a broad range of partners including NGOs, civil society and people of all faiths—and none. We must broaden our partnerships based on mutual interest and the potential to collaborate and deliver results.

An important milestone in our efforts is our strategic framework for partnerships with faith-based organizations in the response to HIV. Drawn up with input from an interagency task force on faith and development (which provided a broad platform for UN work with the faith community), representatives from faith communities—including Catholic Church partners—and people living with HIV, the document articulates principles, roles and responsibilities in partnership with faith-based organizations. It lays out ways we can discuss together some of the more difficult areas that the HIV epidemic presents to communities of faith, while maximizing the potential for collaboration in the less controversial, but equally important areas.

Another milestone was last year’s High Level Religious Leaders Summit in the Netherlands, which UNAIDS co-hosted with a number of partners, including UNAIDS Cosponsors, faith-based organizations and government. This important meeting advanced the dialogue in new ways between religious leaders and people living with HIV and affected communities, as well as government representatives and HIV practitioners. Archbishop John Onaiyekan from Nigeria brought some excellent perspectives to these discussions.

The coming UN General Assembly High Level Meeting on AIDS in June offers another opportunity for collaboration through an interfaith prayer breakfast where religious leaders and political and civil society leaders will discuss ways in which we can turn the new Declaration into meaningful action. Outside of New York, simultaneous prayer breakfasts, lunches and dinner events will take place worldwide to move this agenda forward together.

I look forward to your support at

the High Level Meeting and in the days to come as the Declaration is negotiated at a country level. I hope we can arrive at a consensus around language that resonates equally with faith communities, political leaders and people living with and affected by HIV. Language that forges an effective social justice agenda rooted in the principles of human Rights and human dignity. Language that calls the global community to step forward to fund that agenda so that we can achieve our common goals. And language that presents the strongest possible mandate for a future of *zero new HIV infections, zero discrimination and zero AIDS-related deaths*.

Let me finish by saying this: I travel widely, and yet I am still shocked by the brutality of man towards man. The devastation of combat and conflict that the global community rushes to fund. Women raped. Children orphaned and exploited, subject to forced sex or compelled to become vio-

lent soldiers in corrupt wars. The notion that human life is sacred seems to be disappearing.

As I said some years ago in a speech to the All Africa Conference of Churches Assembly in Addis Ababa, what is ultimately needed is a substantial change in 6 values. The embrace of an ethic of caring, an appreciation of the sacredness of life, a respect of others as equals, a tolerance of diversity, and above all, global solidarity. Unless we can recapture our spiritual life and rebuild our capacity for tolerance, there is little hope for reconciliation, peace and a brighter future for ourselves.

There is, of course, no special UN mandate to deal with the deeper psychological, moral and spiritual dimensions of the human dilemma at this crossroads in history. Who else but you could help us take the necessary steps in this direction? Who else could shed some light on our confused present and guide us on this difficult, but crucial road?

It is an immense task and responsibility for you to lead us in that direction, but I know that you will not rest until it is done. And, it is our responsibility to follow you in that direction.

Note

¹ In reality, the words of the Pope – which specifically concern a gravely disordered type of human behavior, namely prostitution (cf. *Light of the World*, pp. 117-119) – do not signify a change in Catholic moral teaching or in the pastoral practice of the Church... In this situation, the Holy Father clearly affirms that the provision of condoms does not constitute “the real or moral solution” to the problem of AIDS and also that “the sheer fixation on the condom implies a banalization of sexuality” in that it refuses to address the mistaken human behavior which is the root cause of the spread of the virus. In this sense the Holy Father points out that the use of a condom “with the intention of reducing the risk of infection, can be a first step in a movement towards a different way, a more human way, of living sexuality.” *Nota della Congregazione per la Dottrina della Fede sulla banalizzazione della sessualità a proposito di alcune letture di ‘Luce del Mondo’*, in *La Civiltà Cattolica* I (2011) 381-383.

The International Role of the Catholic Church in the Prevention and Treatment of HIV/AIDS

H.E. MSGR. SILVANO TOMASI
Apostolic Nuncio,
Permanent Observer
of the Holy See to the
Office of the United Nations
and Specialised Institutions
in Geneva

It is with much gratitude to Archbishop Zygmunt Zimowski, President of the Pontifical Council for Health Pastoral Care, and in fraternal solidarity with him, that I share these reflections on the Church’s important role at the level of the wide range of inter-governmental and other global institutions engaged in the response to the HIV and AIDS pandemic.

Before initiating this discussion, I also wish to greet, with particular respect and recognition, Mr. Michel Sidibé, who is responsible for leading the Joint United Nations Co-Sponsored Programme on AIDS and who seizes every opportunity to acknowledge and thank the Catholic Church and other faith-based organizations for their unique and uncompromising contributions to the struggle against this urgent health crisis.

1. From the time that the AIDS pandemic was first identified, during the early 1980s, the immediate engagement of various religious orders, diocesan and

national Caritas organizations, and other Catholic Church-inspired institutions in response to the health, social, and pastoral needs of the people living and dying with AIDS-related illnesses, has been widely known and documented. Thus it was no surprise that the Holy See, and Catholic Church-related international organizations, would be most interested to share their experiences and insights with the emerging global coordination of the public health response to the challenges posed by HIV and AIDS. The Holy See representation in Geneva monitored the establishment of the Global AIDS Programme (GPA) at the World Health Or-

ganization. Given its prioritization of the pandemic, in 1987, as a major focus of reflection and action, Caritas Internationalis regularly attended the Management Committee meetings of the GPA and, on occasion, was consulted by its first Director, Dr. Jonathan Mann and his expert staff, with regard to “lessons learned” in the field by Catholic organizations serving the sick and dying as well as the surviving loved ones of those whose lives had been so tragically affected by this threatening and complex epidemic. It is highly likely that the sensitivity of Dr. Mann to the human rights and social determinants of the ever-increasing spread of HIV was influenced by his consultations with Catholic Church-related programmes that saw the situation in a holistic manner, including the social, economic, emotional and spiritual dimensions of the persons living with or affected by HIV, rather than from a merely medical or scientific perspective.

Since the establishment of UNAIDS, in 1995, as a Joint Programme, including co-sponsorship of ten different UN agencies, the Holy See, as well as several Catholic Church-inspired organizations, such as Caritas Internationalis, Catholic Relief Services, and the Associazione Papa Giovanni XXIII have participated, as observers, in the semi-annual meetings of the UNAIDS Programme Coordinating Board. In a similar manner, these same Catholic structures are called upon for contributions to various Working Groups, planning mechanisms, and development of policy and practice guidelines, not only by UNAIDS, but also by its various partner agencies.

In 2006, Caritas Internationalis, with the encouragement of the Permanent Observer Mission of the Holy See to the United Nations and Specialized Agencies in Geneva, cooperated with UNAIDS and the World Health Organization to convene some 70 representatives of Catholic Church-inspired organizations with major engagement in the global response to HIV and AIDS. On that occasion, trans-

parent, and open dialogue was held between the workers “in the vineyard” in some of the most rural and isolated HIV prevention, treatment, and care programmes in low-income countries and the officials of the above-mentioned UN agencies. This convening greatly advanced the understanding of the public health experts concerning the breadth and depth of the Church’s response to this pandemic and opened doors to collaboration among the Church, government, and international organizations at regional, national, and local levels.

Another major step forward in facilitating greater understanding of the Church’s international activity in response to AIDS has been facilitated by the mapping reports on such activities in Southern Africa (published as a Best Practice report by UNAIDS), of the work of the Dream Project to prevent the transmission of HIV from mother-to-child (published as a Best Practice by WHO), of the survey done by the Joint Commission on Health of Unions of Superiors General on the HIV/AIDS responses of religious congregations throughout the world (designed with support from technical research experts at UNAIDS), and of the various national mapping exercises undertaken at regional level by the Symposium of Episcopal Conferences of Africa and Madagascar, and, at national level, by Episcopal Conferences in such countries as India, Kenya, Thailand, and Myanmar. These studies clearly demonstrate the Church’s significant contribution to this field in such areas as: Prevention, Care, Treatment, Services for Orphans and Vulnerable Children, Advocacy, Capacity-Building, Theological Reflection, Pastoral Care, and Interfaith Involvement. Basic information and strategies to promote implementation of action in these fields of ecclesial action are clearly presented in the publication entitled *Pastoral Training for Response to HIV/AIDS*, developed by Caritas Internationalis. The book, originally published by Paulines Publications Africa, is available in various languages.

2. The Holy See has also attempted to monitor the establishment, as well as the policy and operation, of the Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria. Despite the impressive and highly significant burden of care that is assumed by the Catholic Church in response to these three pandemics threatening the human family during this modern era¹, only a very small portion of funds distributed by this innovative structure have, in fact, been earmarked for faith-based organizations. According to a study on this topic, completed in 2008, only 5.4% of Global Fund grants were received by faith-based organizations.² We understand that there is slow but steady progress in making more of these funds available to programmes sponsored by the Catholic Church. I believe that Dr. Christoph Benn, who is well known to us in Geneva and who will serve as an expert speaker at this Conference, will be able to offer updated data in this regard. Regrettably, however, there still seems to be much resistance among some international funders to offer support for faith-based responses to HIV and AIDS.

3. Now let us examine areas in which the Holy See and Catholic Church-inspired organizations have successfully influenced global policy and practice related to this pandemic. In all cases, such activity has been undertaken in conformity to the Church’s overall magisterial, diaconal, and pastoral mission.

Much educational energy and expertise has been focused on the area of preventing the further spread of HIV infection. Many governments, public health authorities, and even some UN agencies, have preferred to promote an incomplete “quick fix” prevention approach that almost exclusively relied on the promotion and distribution of condoms. The Catholic Church, on the other hand, insisted on prevention strategies in conformity with its teaching on the dignity of the human person, the sanctity of marriage, and the need for exercising responsibility in intimate human relationships by observing sex-

ual abstinence outside marriage and mutual and permanent fidelity within marriage. This led to false claims that the Catholic hierarchy was an obstacle to effective HIV prevention and even was “guilty” of the AIDS-related deaths of millions of persons. We can be thankful for the courage and the wisdom of experts such as Dr. Edward C. Green who has been able to demonstrate the evidence base that promotion of behaviour change toward more responsible sexual relationships has been much more effective than condom promotion in decreasing new HIV infections.³

In this regard, the Permanent Observer Missions of the Holy See in both Geneva and New York repeatedly have emphasized the theme of responsibility in interpersonal relationships in meetings of UNAIDS, World Health Organization, and at the more broad-based Special Sessions on AIDS that were convened by the United Nations General Assembly in 2001, 2006, 2008 and soon to be convened in June 2011. Blessed Pope John Paul II, of revered memory, illustrated this enduring and unalterable value during his address to the Conference on AIDS convened by the Pontifical Council for Health Care Workers in November 1989: “... the Church, sure interpreter of the Law of God and ‘expert in humanity’, is concerned not only with stating a series of ‘no’s’ to particular behavior patterns, but above all with proposing a *completely meaningful lifestyle for the person*.”⁴ This same teaching was re-affirmed most recently by our present Holy Father Pope Benedict XVI, during his interview with the German journalist, Peter Seewald, later published in the book entitled, *Light of the World: The Pope, the Church, and the Signs of the Times*: “... we cannot solve the problem by distributing condoms. Much more needs to be done. We must stand close to the people, we must guide and help them; and we must do this both before and after they contract the disease.”

4. The Church has not confined its attention to teaching about HIV prevention; it has equal-

ly engaged itself in advocacy to eliminate discrimination against those living with or affected by HIV, especially any such rejection or marginalization based on the false premise that AIDS might be a “punishment” sent by God. Thus the words of the Episcopal Conference of Southern Africa, written in 2001, have resonated in the magisterial instructions of bishops in many other countries: “*AIDS must never be considered as a punishment from God*. He wants us to be healthy and not to die from AIDS. It is for us a sign of the times challenging all people to inner transformation and to the following of Christ in his ministry of healing, mercy and love.”⁵

5. Inspired by the Gospel Imperative of prioritizing the needs of the poor and vulnerable, the Church consistently raised its voice to point out and insist on a just solution to the inequitable distribution of resources made available in the global response to the HIV pandemic. Blessed Pope John Paul II expressed his urgent concern about this matter in his letter to then-United Nations Secretary General Kofi Annan on the occasion of the first UN Special Session on AIDS in 2001. He recalled the words of the Second Vatican Council regarding the common destination of goods⁶ and then launched the following urgent plea: “On account of this social mortgage, included in international law by the affirmation, among other things, of every individual’s right to health, I ask the rich countries to respond to the needs of HIV/AIDS patients in poorer countries with all available means, so that those men and women afflicted in body and soul will be able to have access to the medicines they need to treat themselves.”⁷

Again Pope Benedict XVI re-affirmed these same concerns when he emphasized, in 2006, during his address to the participants in the 21st International Conference promoted by the Pontifical Council for Health Pastoral Care when he noted, with much concern, “... the importance of *collaboration with the various public bodies* so that social justice may be imple-

mented in this sensitive area of the treatment” and care of infectious diseases such as HIV and tuberculosis and the urgent need of “fair distribution of resources for research and treatment, as well as the promotion of living standards which help to prevent the occurrence and limit the spread” of such illnesses.⁸

In order to assure that these words are put into practice, the Holy See, as well as several international organizations of Catholic inspiration, including Caritas Internationalis, Associazione Papa Giovanni XXIII, the International Catholic Child Bureau, and religious congregations with representation to the United Nations, have monitored carefully and provided input to United Nations processes promoting flexibilities in the application of intellectual property rights, the promotion of Universal Access to prevention, treatment, care and support of persons living with or affected by the HIV pandemic, and special attention to the rights of children affected by HIV and other diseases by ensuring access to early diagnosis and “child-friendly” treatment for such illnesses.

6. The Church could never ignore its essential mission as Pastor to the People of God. Thus the Holy See emphasizes the spiritual needs of people in its interventions at the United Nations and in other inter-governmental fora. In the Constitution of the World Health Organization, the definition of health extends beyond medical interventions and social determinants to include a “state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”⁹ In its comment on the “Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development” during the Seventh Session of the Council on Human Rights, the Holy See delegation recognized “as well, the need to assure access to spiritual assistance among those conditions which guarantee the full enjoyment of the right to health.”¹⁰ It also seized the opportunity to take issue with claims in the Re-

port of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health that “few human rights are absolute,”¹¹ and to insist that “no compromise can be made with a person’s right to life itself, from conception to natural death, nor with that person’s ability to enjoy the dignity which flows from that right.”¹²

7. My conclusion will be brief, because I believe that our Holy Father already has summarized the theme of this presentation in a clear and unquestionable manner, and so I will close by quoting once again his comments to the journalist, Peter Seewald: “...The Church does more than anyone else. And I stand by that claim. Because she is the only institution that assists people up close and concretely, with prevention, education, help, counsel, and accompaniment. And because she is second to none in treating so many ... [persons living with or affected by HIV and AIDS], especially children with Aids.”¹³

The effective action mobilized by the Catholic Church in response to the global HIV pandemic has delivered care and set an example. An additional good news is the announcement made today in relation to the effectiveness of anti-retroviral treatment both in prolonging life and improving the quality of life among those already living with the virus and the efficiency of such treatment in preventing the further spread of HIV. However, the fact is that there is still a long way to go: 33 million people throughout

the world are living with HIV; for every one person who gains access to the life-saving anti-retroviral medications, two are newly-infected with the virus, 7,100 each day; presently, 10 million who need these medicines have no access to them and a recent study done by Catholic Church-inspired funding and technical assistance agencies revealed reports from their partner organizations in low- and middle-income countries that international funding cutbacks and flat-lining have resulted in significant delays in receipt of promised funding, insistence on fulfilling previously-established outcomes with less funding, restrictions on accepting new patients into the treatment caseloads, and much uncertainty with regard to future sustainability of life-saving anti-retroviral programmes.¹⁴

The Church as a community of faith, hope and love cannot rest in its mission of service directed to place each and every human person at the centre of the global response to HIV and to engage in stronger advocacy and cooperative efforts to assure that all such persons “might have life and have it to the full.”¹⁵

Notes

¹ A 2007 Study conducted by World Health Organization and others indicated that between 40% and 70% of health care in sub-Saharan Africa is delivered by faith-based organizations.

² Report by Dr. Christoph Benn, Director of External Relations, Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria, during a Conference on “Scaling up Involvement of Faith-based Organizations in Global Fund Processes”, held in Dar-Es-Salaam, April 2008.

³ EDWARD C. GREEN and ALLISON HERLING

RUARK, “AIDS and the Churches: Getting the Story Right”, *First Things*, http://www.firstthings.com/article.php3?id_article=6172; Edward C. Green, *Broken Promises: How the AIDS Establishment Has Betrayed the Developing World*, ISBN 978-1-93-6227-00-6, Sausalito, California, USA: Poli-Point Press, LLC, 2011.

⁴ POPE JOHN PAUL II, *Address to the IV International Conference of the Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers*, “The Church Faced with the Challenge Of Aids: Prevention Worthy Of The Human Person and Assistance In Complete Solidarity,” 15 November 1989.

⁵ *A Message of Hope from the Catholic Bishops to the People of God in South Africa, Botswana and Swaziland*, 30 July 2001.

⁶ *Gaudium et Spes*, 7,1, which also was mentioned by Pope John Paul II in *Centesimus Annus*, 30.

⁷ *Message of Pope John Paul II to the Secretary General of the United Nations*, on the occasion of the Special Session on AIDS of the UN General Assembly, 25-27 June 2001.

⁸ http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2006/november/documents/hf_ben-xvi_spe_20061124_pc-health_en.html

⁹ *Preamble to the Constitution of the World Health Organization* as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

¹⁰ *Charter for Health Care Workers*, #40, Pontifical Council for Health Pastoral Care, Vatican City, 1995. http://www.healthpastoral.org/pdf/Charter_06_Chapter2.pdf

¹¹ Document A/HRC/7/11, 31 January 2008, #63.

¹² *Intervention of Archbishop Silvano M. Tomasi, Apostolic Nuncio, Permanent Observer of the Holy See to the United Nations at Geneva at the 7th Session of the Human Rights Council, Item 3: Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development*, 11 March 2008

¹³ BENEDICT XVI, *Light of the World: The Pope, the Church, and the Signs of the Times - A Conversation with Peter Seewald*, Ignatius Press 2010, ISBN # 9781586176068, pp. 117-119.

¹⁴ “Keeping Commitments for HIV and AIDS: Access for All to Treatment, Prevention, Care and Support,” A Position Paper from the Catholic HIV and AIDS Network (CHAN), April 2011.

¹⁵ John 10:10

Estendere l'accesso al trattamento: un'arma decisiva nella prevenzione della trasmissione dell'HIV

PROF. CARLO-FEDERICO PERNO

*Direttore della Cattedra di Virologia
Università "Tor Vergata"
Roma, Italia.*

Extending access to treatment: a decisive weapon in the prevention of the transmission of HIV

The therapeutic goal must be control of the replication of HIV through anti-viral therapy that reduces the risk of the advance of the disease and reduces the capacity of the virus to reproduce itself. This goal requires a therapeutic approach which allows an increasing number of people to have an early diagnosis and equally early anti-viral treatment, as is demonstrated by the results of a large number of scientific studies.

Eccellenza Reverendissima
Mons. Zimowski,
Eccellenza Mons. Redrado,
Mons. Mupendawatu,

porgo a voi il mio saluto e il mio ringraziamento per avermi concesso l'onore di tenere questa relazione. Farò del mio meglio per trasformare un argomento molto tecnico in una luce di speranza per tutti coloro che, afflitti dall'HIV, cercano una parola di vita nelle strutture sanitarie, e in particolare in quelle della Chiesa Cattolica, sparse a migliaia in tutti i Paesi del mondo.

La relazione verterà sul solo argomento della prevenzione della trasmissione del virus HIV tramite trattamento antivirale, nella piena consapevolezza che anche

l'opzione tecnica più avanzata e meglio applicata sul campo, non potrà avere pieno effetto se non accompagnata dalla modifica dei comportamenti, elemento indispensabile, a monte della tecnica, in grado di dare il contributo cruciale per l'ottenimento di risultati di valore e trasferibili. Tale ultimo argomento sarà trattato da altri relatori esperti più di me in questo campo.

L'impostazione culturale del "test and treat", come molti definiscono tale strategia, deriva da alcuni elementi fondamentali della biologia e della clinica dell'infezione da HIV:

a. Il virus rappresenta la causa prima dell'AIDS.

b. Esso è in attiva fase di replicazione sin dal momento della sua entrata nell'organismo infettato, fino alla morte.

c. La sua diffusione nell'organismo è ubiquitaria, inclusi i fluidi corporei, il sangue, e le secrezioni genitali.

d. La sua trasmissione interumana, attraverso contatti sessuali e con derivati del sangue, è assolutamente dimostrata.

e. La trasmissione di HIV è funzione diretta della carica virale e dello stadio di malattia.

f. La replicazione di HIV è ben controllata dalla terapia antivirale efficace (definita HAART, highly active antiretroviral therapy).

g. La riduzione della carica virale tramite HAART si accompagna alla riduzione del rischio di trasmissione di HIV, sia orizzontale che verticale.

È quindi evidente che la trasmissione dell'HIV può avvenire in qualsiasi fase della malattia, sin dal momento del contagio. L'ipotesi di lavoro è quindi la seguente: il controllo della replicazione di HIV tramite terapia antivirale migliora la salute del paziente, ridu-

ce il rischio di progressione della malattia, e riduce la trasmissibilità del virus alle altre persone con cui il paziente è venuto a contatto per via sanguigna o sessuale.

Per raggiungere tale obiettivo, è quindi necessario un approccio che permetta:

– Di effettuare diagnosi precoce nelle persone infettate da HIV.

– Di iniziare precocemente la terapia antivirale, sia per il controllo della progressione di malattia che per la prevenzione della trasmissione del virus.

La diagnosi precoce rappresenta tutt'oggi una grande sfida, ancora non risolta, che presuppone una capillarizzazione dell'offerta del test a tutti, o per lo meno a tutte le persone a rischio, diretto o indiretto, di infezione:

– Conviventi di persone sieropositive.

– Persone con più partner sessuali.

– Tossicodipendenti.

– Altre categorie.

Al momento i risultati di diffusione del test sono sicuramente migliori rispetto al passato, ma non sufficienti. Il numero di CD4 al momento della diagnosi è tendenzialmente basso in tutte le parti del mondo. In Africa la diagnosi di infezione da HIV avviene in media con CD4 intorno a 100, o ancor meno. Ciò indica indirettamente che l'offerta del test è ancora insufficiente.

Una recente analisi ha prodotto risultati molto simili a quelli riscontrati in altri contesti. L'84% delle persone infettate da HIV giunte in ospedale per qualsiasi ragione, non conosceva il proprio status di sieropositivo, molti perché mai testati nonostante i comportamenti a rischio, e un quarto perché confidava sul test negativo effettuato nel passato, presumi-

bilmente prima di altri comportamenti a rischio avvenuti successivamente.

Anche nei Paesi sviluppati, molto spesso la diagnosi di infezione avviene al momento della comparsa di sintomi della malattia da HIV, o addirittura al momento della diagnosi di AIDS.

Il problema della diagnosi precoce è pertanto altamente cogente, e richiede attenzione, investimenti, cultura, conoscenze, e impegno nella diffusione delle informazioni riguardo l'importanza della diagnosi precoce stessa, anche perché la progressione di malattia e la morte sono collegate direttamente alla carica virale, e inversamente al numero di CD4. La diagnosi precoce è pertanto uno strumento indispensabile per la prevenzione della progressione. In aggiunta valutando alcuni parametri, tra cui la durata della fase asintomatica della malattia, il numero medio di contatti sessuali nel tempo e il rischio di infettarsi per rapporto sessuale, emerge che ciascuna persona sieropositiva, nel corso della fase asintomatica, ha infettato in media 7 altre persone.

Pertanto, più è tardiva la diagnosi, più è probabile che la persona abbia infettato altre persone nel corso della sua vita "normale" asintomatica. Da un lato questo spiega la rapidità con cui l'HIV si è diffuso nel mondo, ma dall'altro indica che esiste la possibilità di eradicare la malattia abbattendo di 10 volte la trasmissione del virus. Serve un intervento radicale, strutturato, strategico, che miri non solo a difendersi dalle conseguenze dell'infezione virale tramite il controllo della progressione di malattia con i farmaci, ma che abbia un obiettivo più alto, complesso, ma raggiungibile: il controllo completo della trasmissibilità del virus.

L'offerta del test alla popolazione rappresenta quindi uno strumento irrinunciabile per perseguire obiettivi di alto profilo. In termini di offerta la situazione sta rapidamente migliorando, ma siamo ancora lontani dall'offerta necessaria per una diagnosi precoce planetaria. Nei Paesi dell'Africa Subsahariana, abbiamo una media annua di 66 test offerti per

1000 adulti (ossia il 6,6% degli adulti è in media testato annualmente), a fronte di una prevalenza di HIV nella popolazione superiore al 10%, con punte fino al 40% in alcuni Paesi dell'Africa meridionale. L'offerta è simile a quella Europea, dove il test è offerto a 44 adulti su 1000, ma con una prevalenza del virus molto più bassa, inferiore all'1%.

È quindi necessario un ulteriore sforzo per l'implementazione del test per la diagnosi dell'infezione da HIV ai fini di una diagnosi precoce. In questo senso, gli ospedali sul territorio, i centri di salute, hanno un ruolo fondamentale per l'offerta libera del test a tutti coloro che, per qualsiasi motivo, giungono all'osservazione ospedaliera. Essi, insieme agli ordini religiosi e alle istituzioni pubbliche, rappresentano il centro vitale per creare una cultura di diffusione del test. Se una volta la diagnosi di HIV significava morte ed emarginazione, mancando le terapie (e quindi era evitata), oggi essa rappresenta vita, per sé e per gli altri, proprio grazie alla disponibilità sempre maggiore delle cure specifiche antivirali, e del vantaggio del loro utilizzo fin dalle fasi precoci di malattia.

E ora passiamo alla terapia. Affronteremo alcuni aspetti concettuali, per poi verificare come i dati sul campo supportano e suffragano le ipotesi di lavoro. La moderna terapia antivirale, così come strutturata in questi anni, garantisce una percentuale di successo virologico, con controllo pressoché totale della replicazione virale, in più dell'80% delle persone trattate. A fronte di ciò, il miglioramento dei farmaci sia in termini di potenza che di tollerabilità rende possibile oggi pensare a trattamenti pluriennali senza rischi di tossicità massive, e comunque sapendo che, in caso di tossicità, esistono altri farmaci e altre combinazioni terapeutiche in grado di mantenere nel tempo l'efficacia antivirale.

Ciò è fattibile anche nei Paesi in via di sviluppo, ove si assiste a un incremento massivo del numero di persone in trattamento antivirale stabile. In tali circostanze, l'anticipo del trattamento antivirale diviene sempre più realtà, an-

che se con velocità diverse nelle varie parti del mondo.

Le linee guida internazionali mirate ai Paesi sviluppati sono in questo senso molto aggressive, proponendo il trattamento antivirale per il controllo della progressione di malattia in tempi più precoci (fino a 500 CD4, talvolta oltre tale soglia), e comunque in tutte le donne in gravidanza, rispetto alle linee guida per i Paesi in via di sviluppo, più conservative e attente al risparmio. Anche in esse, tuttavia, si assiste a un anticipo dell'inizio della terapia rispetto al passato (da 200 a 350 CD4).

In tali circostanze, nei Paesi sviluppati, valutando il tempo d'inizio del trattamento proposto dalle linee guida (precoce), e il numero di CD4 alla diagnosi (spesso basso), si è calcolato che, già oggi, una quota nettamente maggioritaria dell'intera popolazione di pazienti diagnosticati come HIV positivi è in trattamento antivirale stabile. Questo è già un notevole risultato, acquisito in molti Paesi industrializzati con accesso relativamente facile alle terapie. In tutti i pazienti in cui la terapia ha avuto successo, la carica virale è mantenuta stabilmente al di sotto della soglia di rilevamento (definita impropriamente negativa).

Questa osservazione è importante solo in quanto indica la possibilità di prevenire la progressione di malattia, oppure ha una valenza anche in termini di prevenzione della trasmissione del virus? Ciò che la terapia ha fatto nella trasmissione verticale del virus da madre a figlio, lo ascolteremo in una relazione successiva. Concentriamoci sulla trasmissione cosiddetta orizzontale, da adulto ad adulto.

In genere, la carica virale nel plasma è un parametro che indica con chiarezza il rischio di trasmissione sessuale. Quanto più la carica virale plasmatica è alta, tanto maggiore è il rischio di trasmissione del virus. Questo accade perché esiste una correlazione diretta tra la carica virale del sangue (o plasmatica) e la carica virale nelle secrezioni genitali. Con alcune eccezioni, che vanno tenute nella giusta considerazione per le decisioni di pratica clinica e di sanità pubblica, quando la carica

virale nel sangue è negativa grazie alla terapia antivirale, essa è negativa anche nelle secrezioni genitali.

La domanda successiva è: la terapia antivirale riduce il rischio di trasmissione del virus per via sessuale? Esistono tantissime evidenze di ciò, quasi tutte nella stessa direzione. I gruppi più studiati sono rappresentati dalle cosiddette coppie discordanti, costituite da un partner sieropositivo, e l'altro sieronegativo, in cui è stata valutato il rischio di trasmissione del virus per via sessuale in corso di terapia antivirale della persona infettata.

Una meta analisi mostra come all'aumento della carica virale, si associa un aumento del rischio di trasmissione, che diviene invece trascurabile con viremia inferiore alle 400 copie/ml. In tali circostanze, la terapia antivirale della persona infettata riduce in media del 92% il rischio di trasmissione alla persona sana.

Un altro studio mostra dati pressoché sovrapponibili, indicando una diminuzione del rischio ancora del 92% di trasmissione, in più di 3000 coppie discordanti trattate o meno con terapia antivirale. Un altro studio, che mostra solo 4 casi di trasmissione virale in coppie in cui il partner infettato era in trattamento antivirale.

A fronte di questi dati, lo studio di Wang non va nella stessa direzione, indicando che la terapia, almeno in questo caso, non sembra essere stata efficace. È da segnalare come, in questa casistica, l'uso incostante del condom (non tanto il suo "non uso") si accompagna a un rischio aumentato di 8 volte di trasmissione. L'uso del condom sembra quindi rappresentare una voce di scarsa rilevanza.

Gli studi chiave per dare risposte concrete e realistiche in questo contesto sono due, che ora descriveremo in dettaglio. Nello studio HPTN052 i pazienti con CD4 tra 350 e 500, con partner discordante, sono stati randomizzati al trattamento precoce fin dal momento della diagnosi, oppure al trattamento normale, da iniziare solo al momento previsto dalle linee guida, sotto i 250 CD4. Nel primo caso lo scopo del trattamento era la prevenzione della trasmissio-

ne, e come obiettivo secondario la prevenzione della progressione di malattia, mentre nel secondo caso l'obiettivo primario era la prevenzione della progressione della malattia (e come effetto secondario la profilassi della trasmissione). I risultati sono stati eclatanti. Solo una delle più di 800 coppie in trattamento precoce ha infatti evidenziato la trasmissione dell'infezione al partner, a fronte di 27 nel gruppo in trattamento ritardato, con un tasso di riduzione della trasmissione calcolato al 96% (molto simile a quelli calcolati per gli studi precedentemente descritti). È da segnalare che in entrambi i gruppi è stato implementato l'uso di condom (distribuiti gratuitamente a tutti i partecipanti allo studio). Nonostante ciò, la differenza di trasmissione del virus nei due bracci in studio sembra, ancora una volta, dimostrare che il condom rappresenta un fattore definibile al meglio come "collaterale" nella prevenzione dell'infezione, laddove altri fattori, come terapia e comportamento, giocano un ruolo primario e ben più importante.

È da sottolineare anche che il trattamento precoce non ha solo ridotto la trasmissione del virus, ma ha anche ridotto sostanzialmente la progressione di malattia, soprattutto in termini di tubercolosi extrapolmonare (3 casi contro 17 nel gruppo trattato tardivamente). Ciò conferma in aggiunta, che il trattamento precoce riduce la progressione di malattia anche in pazienti che, per i loro CD4 apparentemente alti, non dovrebbero essere a rischio. Su tali basi è stato interrotto il braccio di studio con il trattamento ritardato in quanto non più eticamente sostenibile. I risultati sono stati così eclatanti, che vi è stato un comunicato del Direttore del National Institutes of Allergy and Infectious Diseases.

L'ultimo studio da considerare è quello recentemente pubblicato su "Lancet" da Julio Montaner che ha analizzato i dati della coorte della British Columbia relativi all'effetto sulla trasmissione del virus indotto dall'aumento della copertura antiretrovirale. L'aumento del numero di pazienti in trattamento antiretrovirale, da cir-

ca 2000 nel 1997, a più di 5000 nel 2009, è associato a una riduzione del numero annuo di nuove infezioni, passato da più di 500 nel 1997 a 330 nel 2009. È interessante notare come tale anticipo del trattamento non ha coinciso, come qualcuno temeva, con un aumento dei fallimenti terapeutici e delle resistenze ai farmaci antiretrovirali. Semmai le resistenze sono addirittura diminuite con l'aumento e l'anticipo del trattamento, dimostrando la bontà dell'approccio di prevenzione delle nuove infezioni aumentando e anticipando la terapia antiretrovirale.

Nell'ambito di risultati comunque molto brillanti, è però da segnalare che negli ultimi anni il numero di nuove infezioni ha continuato a calare con molta lentezza, mostrando una certa stabilità in uno zoccolo duro di nuove infezioni che apparentemente non si possono ridurre ulteriormente. A cosa è dovuto questo parziale insuccesso? Una risposta viene dall'analisi dei nuovi casi di sifilide nella medesima coorte, che sono, in contrasto con le nuove infezioni da HIV, chiaramente in aumento. Tale dato è confermato anche nel resto del Canada. Le infezioni a trasmissione sessuale sono in controtendenza rispetto all'HIV, e sono in netto aumento, segno di stabilità, se non di incremento, dei comportamenti a rischio. Ciò suggerisce, una volta di più, che nessun approccio "tecnico" alla malattia, e alle malattie in genere, potrà avere successo senza un cambiamento dei comportamenti a rischio, basato su una forte consapevolezza dei valori umani, e sulla messa in pratica di principi che saranno presentati in relazioni successive. Questi principi non hanno un ruolo solamente "morale", ma rappresentano una via intelligente alle richieste più profondamente umane dell'uomo che cerca la sua vera natura e la sua felicità.

Sulla base di quanto finora evidenziato, e del successo degli studi controllati, sono in corso in tutto il mondo numerosissimi studi finalizzati proprio a espandere il concetto del trattamento precoce, perseguendo la doppia finalità di ridurre il rischio di progressione della malattia, e di prevenire la

trasmissione del virus. Sulla base di tali interventi, il modello matematico aiuta a prevedere una riduzione massiva delle nuove infezioni a partire dal 2015, ma solo se il trattamento acquisisce caratteri di vera universalità. Mantenere i criteri attuali di intervento a 350 CD4 significa stabilizzare il livello delle nuove infezioni poco al di sotto di quello che avremmo senza alcun intervento.

Siamo quindi chiamati a un impegno pieno, avendo la percezione che l'investimento dovrà essere sostanziale e concreto, e non limitato né nel tempo né nelle risorse, al fine di ottenere risultati validi e duraturi. Tale approccio è sostenibile da un punto di vista economico? L'evidente aspetto negativo dell'approccio estensivo al trattamento antivirale è dato dal costo dei farmaci, che possono richiedere una spesa aggiuntiva di circa 10 miliardi di dollari/anno per passare dalla copertura di popolazione infettata dal 40 all'80%. Tuttavia la riduzione delle infezioni grazie al "test and treat" porterebbe a una riduzione globale dei costi della malattia che, nell'arco di 30 anni, supererebbe di gran lunga l'aumento dei costi derivati dal trattamento esteso (costi destinati tra l'altro nel tempo a calare, grazie proprio alla riduzione delle nuove infezioni). Ciò a fronte di una prevenzione di nuove infezioni calcolabile, nell'arco di 40 anni, in più di 200 milioni di unità.

Vi è ancora lavoro da fare, ma aiuta la consapevolezza di aver intrapreso la strada giusta, in un momento in cui non si vedono, all'orizzonte, vaccini profilattici in grado di fungere da vera prevenzione. Lo stesso autorevole giornale "Economist", notoriamente attento all'uso appropriato del denaro, si è lanciato nel sostenere l'ipotesi estensiva del "test and treat". Le nuove sperimentazioni ci aiuteranno a capire la reale portata di questo approccio nella pratica clinica dei diversi

continenti in cui l'AIDS miete le sue vittime.

Le conclusioni da trarre da questa analisi sono le seguenti: la terapia antivirale è in grado di controllare non solo la replicazione virale e la progressione di malattia, ma anche di ridurre il tasso di trasmissione del virus. L'uso estensivo del "test and treat" è estremamente promettente, ma necessita di ulteriori valutazioni finalizzate alla verifica della reale protezione della popolazione, e della durata della protezione stessa. L'effetto del "test and treat" universale sarà particolarmente marcato e valido se:

- la diagnosi precoce dell'infezione sarà meglio perseguita come obiettivo primario;
- la soppressione virale sarà mantenuta nel tempo nei singoli individui trattati;
- sia garantito il supporto economico per mantenere le persone infettate in trattamento per tutto il tempo necessario;
- siano modificati i comportamenti a rischio.

Senza quest'ultimo elemento, non vi sono chance di successo di alcuna strategia di prevenzione.

Resta ora da discutere, da ultimo, la reale integrabilità dell'innovazione ora presentata, con la gestione della quotidianità sanitaria, valutando l'efficacia, la fattibilità, e il contributo che può derivare dal miglioramento delle formulazioni farmacologiche al fine di favorire un'aderenza a lungo termine del trattamento.

L'efficacia dell'approccio precoce sembra essere ormai associata, anche se, ovviamente, è opportuna una notevole cautela prima di proporla come scelta primaria, viste le differenze dell'epidemia da HIV nei diversi Paesi e nelle diverse realtà, la necessità di accompagnare il trattamento precoce alla diagnosi altrettanto precoce, ma soprattutto, e senza ombra di dubbio, a un approccio olisti-

co che metta il cambiamento dei comportamenti a rischio come elemento centrale.

Infine è necessario considerare le formulazioni farmaceutiche e loro la tossicità. I risultati finora ottenuti nel ridurre il numero di pillole sono stati grandiosi. Oggi milioni di pazienti sono trattati con successo con una singola pillola, al massimo due, al giorno, a fronte di 15-20 pillole da prendere tutti i giorni fino a pochi anni addietro. Urge però ancora molto lavoro, al fine di ottimizzare le risorse disponibili, sviluppando farmaci, e formulazioni farmaceutiche, a basso costo, facili da somministrare con regolarità, in grado di garantire un'elevata aderenza nel tempo, e privi di tossicità rilevanti. Vi è ancora da lavorare sui costi dei farmaci e delle terapie. Esiste una concreta possibilità di abbattere ulteriormente i costi, riducendo così la spesa, e favorendo l'accessibilità globale alla terapia.

La Chiesa Cattolica, attraverso le sue 117.000 strutture sanitarie sparse nel mondo, cura milioni di pazienti con infezione da HIV, e rappresenta il primo stakeholder delle nuove sperimentazioni per la prevenzione dell'infezione. Essa ha connotato, nel suo essere leader della Sanità mondiale attraverso l'attenzione all'uomo sofferente, il gravoso compito di essere al fronte contro l'AIDS, e di guidare le strategie di implementazione del controllo della malattia. Le scelte della Chiesa sono come sempre vitali per l'uomo, per ogni uomo, e più che mai per l'uomo con infezione da HIV. A essa si affidano tutti coloro che sono malati, e quelli che hanno a cuore la salute e il bene di ciascun uomo, confidenti che, come sempre, la Chiesa saprà trovare risposte per tutti coloro, che, poveri e viandanti, sono aggrediti dai ladroni della vita e delle malattie, e che chiedono disperatamente aiuto. Lo troveranno nel Buon Samaritano.

The Prevention of HIV Infection: a Concept in Evolution

DR. EDWARD C. GREEN, PHD

Director,
The New Paradigm Fund,
Washington DC, U.S.A.
Former Director, AIDS
Prevention Research Project,
Harvard Center for Population
and Development Studies,
Harvard University, U.S.A.

Introduction¹

Although global HIV prevalence peaked more than a decade ago and is no longer rising, an estimated 2.7 million people are newly infected each year. In the countries of southern Africa and in high-risk subpopulations throughout the world, prevalence has stabilized at very high rates and the epidemic is far from over. A massive global effort has succeeded in putting nearly five million people on life-saving anti-retroviral drugs (ARVs), but the international community seems to have reached the limit of its willingness and ability to pay for such treatment, even as nearly three million *more* people are infected every year. A recent study confirmed what many of us believed already: that people living with HIV who are on ARV treatment are less likely to transmit HIV to their partners. But the reality is that fewer new patients are being enrolled in free treatment programs. The ability to pay for treatment over an indefinite time period simply cannot keep up with the rate of new infections.

The idea that we can “end AIDS” through massive investment in drugs is seductive, but naïve. We tried to eradicate syphilis years ago. It seemed feasible to trace partners and give everyone a single shot of antibiotic. Yet syphilis is very much with us. It even appears to be increasing, at least among gay and African-American

men in the world’s richest country. And compare this effort with what is now being proposed: tracing everyone who might have had contact with an HIV-positive partner in (rural) Africa, and then persuading them to take several pills a day for the rest of their lives. And then actual compliance with such a regimen.

Thus we are left with the realization that we cannot treat our way out of the AIDS pandemic; the only solution to the global crisis is to stop the flood of new infections. Prevention must be the foundation of any response to AIDS, but 30 years into the pandemic we seem to be not much closer to effective non-drug prevention. Yet for many years, the rallying call of activists and professionals has been. We *know* how to prevent AIDS; just give us the resources to scale up programs. The truth is, we did not really know how to prevent AIDS, particularly in sub-Saharan Africa, where two-thirds of all HIV infections are found. Yet a multi-billion dollar AIDS industry grew up around so-called medical risk reduction interventions that have not shown to be effective, particularly in Africa, where we find two-thirds of all HIV infections.

Underlying all the rhetoric written about AIDS and repeated at global AIDS conferences seems to be a belief – at least among Western AIDS professionals – that we are not really going to change basic sexual or drug-injecting behaviors – nor should we really try. Many feel that it is our basic human right to seek pleasure without being denied or constrained by public health do-gooders, and certainly not by judgmental, stigmatizing, moralizing religious zealots. The core Western value of sexual liberation discourages any real interference with sexual or drug-seeking behaviors. We promote technologies to *reduce* the risk, while doing or saying little about *avoiding* or

eliminating the risk. Our position is that both have a role to play, but objectively or epidemiologically, the latter has more impact.

Although this is beginning to change, most of the global response to AIDS continues to center around biomedical and other non-behavior-based strategies. Rather than addressing the basic behavioral and social factors that lead to risk, global AIDS prevention has relied on a variety of *technologies* and *products*. Thus global AIDS deals with *commodities* rather than sexual or drug-taking *behavior*.

For sexually transmitted epidemics (which account for the great majority of infections worldwide), the standard prevention approach for most of the AIDS pandemic has been a three-pronged approach of condom promotion (especially through social marketing), voluntary counseling and testing, and treatment of the curable sexually transmitted infections (STIs). There is strong evidence that these approaches are *not* working, particularly in the population-wide, hyper-epidemics of Africa.

What *has* been shown to work in bringing down HIV infection rates? As we will discuss, there are not only different modes of HIV transmission but also different patterns of epidemics, which *require different strategies* to prevent new infections. Today I will focus on the generalized epidemics of sub-Saharan Africa, particularly east and southern Africa, where the primary mode of transmission is heterosexual sex. (A generalized epidemic is one in which HIV spreads in the general population, rather than among certain high-risk groups.) The available evidence suggests that, so far in these generalized epidemics, *only* male circumcision (MC) and reduction in number (and probably concurrency) of sexual partners seem to impact HIV infec-

tion rates at the population level. Reduction in number of sexual partners is now recognized as the primary factor explaining HIV declines in Uganda, which has experienced the greatest HIV prevalence decline of any country in Africa or, indeed, anywhere in the world.² Partner reduction is associated with prevalence decline in eight or nine other countries in Africa as well.³ No other intervention factor, including levels of condom use or numbers of people tested, has been associated with all cases of HIV prevalence decline in generalized epidemics.⁴

An AIDS prevention strategy for these generalized epidemics that arises from evidence (rather than consensus or hope in future scientific breakthroughs) would therefore place primary emphasis on discouraging multiple partner sex of any sort: casual, concurrent, commercial, and condom “protected.” Unfortunately, this has not been the case. In 2006, a meeting of HIV prevention experts convened by the Southern Africa Development Commission (SADC) in the southern Africa region (a region that accounts for nearly half of the world’s HIV infections) concluded that “high levels of multiple and concurrent sexual partnerships by men and women with insufficient consistent, correct condom use, combined with low levels of male circumcision are the key drivers of the epidemic in the sub-region.”⁵ Those at the meeting recommended as the first two key priorities reducing MCPs and rolling out voluntary male circumcision.

In advocating for an emphasis on behavior change in generalized epidemics we are not arguing for shifting attention and resources away from those at high risk, including the powerless, oppressed, exploited, raped, and abused. We are saying that it is inaccurate to characterize all people this way. Some resources clearly must be targeted to high-risk groups, and some resources must be directed to what survey and epidemiological evidence show are the majority of people. To target only those at high risk is to effectively ignore most of any population. Targeting both minority (high-risk) and majority populations need not result in di-

minished quality or even quantity of prevention resources going to either group. Reducing the risk of HIV infection for *all* people is the only truly compassionate and ethically sound response.

What about an evidence-based approach to HIV prevention among high-risk groups such as sex workers, men who have sex with men (MSM), and intravenous drug users (IDU)? Global AIDS programs have adamantly and exclusively pursued a *harm reduction* approach when it comes to reducing HIV risk in such groups, despite evidence that the success of such an approach is often limited. (For our purposes, harm reduction can be regarded as a more specific type of risk reduction; or risk reduction in the context of drug addiction.) We are not arguing against a need for harm reduction, but rather that if there is the option of risk avoidance – of avoiding inherently risky behaviors altogether – genuine resources ought to be put into offering this choice to those at high risk. That would mean helping addicts break out of the cycle of addiction, and helping women and even men out of commercial sex, especially if they are unwilling participants to begin with, meaning they were trafficked or otherwise forced into prostitution. There are tens of thousands of former drug addicts in the United States alone, so we know that behavior change is possible and not that uncommon.

We cannot hide indefinitely behind the reasoning that there will always be prostitution and there will always be drug addiction, therefore we need to accept the facts of life and get on with distributing condoms, needles and substitute addictive drugs. We should continue with these harm reduction efforts but *also* make real efforts to get at the underling behaviors.

Fortunately, the fight against AIDS has become more evidence based in the last few years. AIDS experts and programs are increasingly willing to focus on changing sexual behaviors (especially in the context of concurrent partnerships) and consider tactics such as mobilizing faith-based organizations (FBOs) and indigenous resources (e.g., traditional healers and chiefs

in an African context) if that will result in measurable reduction of risk behaviors. For example, there is a growing international consensus that unique patterns of concurrent sexual relationships in southern Africa have contributed to that region’s hyper-epidemics and that changing these patterns requires an engagement with culture and social norms that has up until now been largely missing from AIDS prevention. We also note an increasing willingness in the AIDS community to grapple with the complex ways in which HIV takes root within cultures, even if the epidemiological evidence leads us along paths we might not expect when it comes to gender, wealth, and power.

Let us be clear: In our call for a change in HIV prevention priorities we are not necessarily speaking from a moralistic or values-driven point of view, but simply talking about what increases or decreases the likelihood of HIV infection. We recognize that sexuality is a deeply value-laden issue, whether someone holds a value of sex only within heterosexual marriage or is a proponent of poly-partnering and no restraints on sexual behavior. We are not arguing that people should not hold values regarding sexuality, or that there should not be conversations about the moral-ethical aspects of sexuality. (Certainly we should not be value-neutral on such subjects as rape or seduction of children.) Pulitzer Prize winning columnist Ellen Goodman has wondered whether in the American transition from a more religious to a more secular society, we have somehow given ourselves a “moral lobotomy.” She asks whether, due to our reluctance to being considered judgmental, “are we disabled from making any judgment at all?” Because like it or not, rape, coercion and seduction of minors take us into the realm of right and wrong, into areas that virtually all religions and secular ethical systems would agree are wrong. What we are suggesting is that people with divergent personal views and values about sexuality should be able to reach a common understanding of what the epidemiological evidence shows about sexual behavior and

HIV risk and achieve consensus on sound HIV prevention priorities.

It is more than unfortunate that the so-called culture wars in America, which center on debates such as condoms versus abstinence education in American schools, have become the template for discourse (at least in the West) about what might be best for HIV prevention around the world. Evidence-based HIV prevention has been a casualty of such ideological battles, but public health priorities for AIDS prevention should be based on public health arguments, namely what will best reduce new HIV infections and create the most health for the most people. We hope this paper can contribute to debunking the notion that the debate over AIDS prevention can be reduced to something that falls neatly between the fault lines of liberals versus conservatives and will show that there is ample common ground to be found, if we will only honestly examine the evidence.

Successful HIV prevention will require a fundamentally different approach than what has, for most of the epidemic, been accepted as best practice. Ideology, inertia, and the financial self-interest that has grown up around a robust and ever-expanding AIDS-related industry have largely set the HIV prevention agenda, causing experts in the field to miss clear evidence. In our view, anthropologists ought to be more aligned with advocates for simple, low-cost, sustainable, and culturally tailored solutions and less aligned with the multi-billion dollar industry of biomedical research and pharmaceutical companies, hospitals, and clinics. We ought to be more willing to “speak truth to power” (this is an old Quaker call to action) and more ready to challenge Western-driven approaches to AIDS. It is time to put financial, political, and ideological interests aside and adopt approaches to AIDS prevention that make public health and anthropological sense – and that work.

I myself am a medical anthropologist and not an active member of any church. Yet in my research, I cannot fail to notice (and record) that interventions of Catholic programs such as Youth Alive

in Uganda (started by Sr. Dr. Miriam Duggan, who is recognized as one of the architects of Uganda’s highly effective AIDS prevention program) do make genuine attempts to change high-risk behaviors, and to encourage healthy (and moral) behaviors. During my research in Uganda in 2003, leaders of Youth Alive explained that the Church sees AIDS as a symptom of a deeper, underlying problem. In Uganda, AIDS is often seen in association with broken families, alcoholism, seduction of minors, low self-esteem, and abuse. Catholic programs try to get at the root of social and health problems. They ask, “Can condoms fix a broken home? Alcoholism? Sexual abuse?”

Now, Youth Alive was unable to get funding from major donors because of a single issue: condoms. It argued: “Everyone else is supporting condoms. Can’t we be the organization that promotes faithfulness and abstinence, and address all the other problems that come when someone is HIV-infected? The answer – until recently – was NO. Willingness to promote condoms should not be a litmus test for working in AIDS prevention, especially since research has failed to show that more condoms leads to lower HIV infection rates in the population-wide epidemics of Africa.

Now, as I have pointed out on many occasions, condom promotion *has* worked in countries like Thailand and Cambodia where most HIV is transmitted through commercial sex and where it has been possible to enforce a 100% condom use policy in brothels (but not outside them). In theory, condom promotions *ought* to work everywhere. And intuitively, some condom use ought to be better than no use. But that’s not what the research in Africa shows. Why not?

One reason is “risk compensation.” That is, when people think they’re safe by using a risk reduction technology such as condoms, at least *some* of the time, they actually find themselves taking more chances and engaging in riskier sex. Another factor is that people seldom use condoms in *steady* relationships because doing so would imply lack of trust. They are typi-

cally used in casual or commercial sex. In fact, a rise in condom user rates might just signal an increase of casual or commercial sex.

It may be possible to enforce a “100% condom” policy in an *accessible* population and in a situation that is to some extent controllable, such as among sex workers and their clients in brothels. But outside of settings such as brothels, condom use is not enforceable, and consistent condom use is achieved by only a small number of people in *general populations*, where people cannot be “bribed or blackmailed” (to use the words of UN epidemiologist Elizabeth Pisani) into condom use.⁶ Furthermore, a less-often mentioned aspect of the prevention success in both Thailand and Cambodia is that the proportion of men reporting contact with sex workers also declined significantly. It is difficult to know how much prevalence decline can be attributed to condom use and how much to less contact with sex workers and fewer men reporting any type of extramarital sex.⁷

Moreover, early progress in Thailand seems to have faltered. Sex work has greatly increased, much of it has moved out of the brothels, and condom use has declined. It is hard to be sure that HIV is actually rising in Thailand, but gay men now account for a fifth of all infections, and in Bangkok HIV prevalence among them rose from 17 percent in 2003 to 28 percent in 2005. Among younger gay men HIV prevalence tripled over the same three-year period. The man credited with being the primary architect of Thailand’s 100% condom policy, Mechai Viravaidya, declared by 2005 “I’m going to let the world know that Thailand is no longer a model for Aids prevention.”⁸ Once again we see that technology without behavior change is not enough.

In any case, it is not prostitution driving the world’s worst epidemics in Africa. Here, most HIV infections are found in *general populations*, not in high-risk groups such as sex workers, gay men or injecting drug users. We find extremely high infection rates when people have two or more regular, ongoing sex partners that overlap

in time. It is multiple and concurrent partner relationships and they are found in significant proportions of African populations. In Botswana, with one of the world's highest HIV rates, 43% of men and 17% of women surveyed had two or more *regular* sex partners in the previous year. What may be difficult to understand is that Africans in general are more sexually conservative than those of us in the West. They tend to have a fewer lifetime number of sexual partners, and teenagers are less likely to be sexually active. Yet the practice of multiple and concurrent partners, which might be related to powerful forces such as labor migration, puts Africans at special risk primarily because it greatly raises the odds of encountering a partner during the first 3 weeks post-infection, when the level of viremia of the infected partner is as high as it will ever get, and therefore that person is as infectious as he or she will ever be.⁹

These ongoing multiple concurrent sex partnerships resemble a giant, invisible web of relationships through which HIV/AIDS spreads. A study in Malawi showed that even though the average number of sexual partners was only slightly over two, fully two-thirds of this population was interconnected through such networks of overlapping ongoing relationships.

The rise and fall of the world's best Prevention Program

Looking back over the first quarter century of AIDS, we can see that an early challenge arose to the dominant AIDS prevention approach, namely risk reduction. Uganda demonstrated that AIDS prevention can make people: 1) feel personally vulnerable and afraid of getting AIDS; 2) take certain simple, commonsense steps to not become infected by: not having more than one sex partner; and 3) delaying the age of first sex (with condoms as a *back-up* to both strategies). How did this come about? In 1986, the new president of Uganda heard that a new disease was infecting his soldiers and probably the population of Uganda. The new disease was progres-

sive, incurable, and fatal. Yet Pres. Museveni also quickly understood a feature of AIDS that is often forgotten: HIV is actually quite difficult to spread. As he once said, "We know the few ways it is transmitted and it *is in our control*. You have a choice! You can decide *not* to get it. How can you stop it? You can abstain from sex. Or you can stay with one partner."¹⁰

The government did not promote condoms at first. For example, in the first booklet on AIDS prevention put out by the Ugandan government there was no mention of condoms until page 3211. President Museveni was clear that the best response to the threat posed by AIDS and other sexually transmitted infections was to be found in behaviors or values such as "reverence and respect and responsibility," which in Africa are often polite code words to refer to fidelity between spouses or sexual partners. This was a powerful statement: he was saying that AIDS is an STD (at a time when much of Africa was in denial that AIDS even existed), yet it can be controlled simply by adhering to certain familiar behaviors already embedded in the culture by the wise ancestors.

Another distinctive feature of Uganda's approach was the deliberate use of "fear appeals".¹² Museveni used political rallies and public broadcasts to educate people about AIDS. He has stated, "When I had a chance, I would shout at them: 'You are going to die if you don't stop this [risky sex]. You are going to die'".¹³ Clearly, Museveni was not soft-peddling the message that AIDS is a fatal disease.

In sum, Ugandans were made to fear AIDS, to feel personally at risk of infection and to believe that their very lives depended on their actions. There was also an appeal to national unity and national defense ("We will fight this enemy together"), and it came from the then-very popular president who had ended brutal years under the bloody regimes of two dictators. This sense of vulnerability was especially true of the period 1986–1991, when HIV incidence (the number of new infections) is calculated to have peaked and when behavioral studies show there was fundamental behavior change: re-

duction in partners and delay of sexual debut. Any incidence or prevalence decline attributable to condoms would have come later, as condom social marketing only began to distribute condoms in significant quantities, reaching an average four condoms per person, per year by 2000 after this early period.¹⁴

Researchers Tim Allen and Suzanne Heald have asked:¹⁵ What was it that worked in Uganda and failed in Botswana, a country which has achieved the world's second-highest HIV prevalence?" They proposed that "the promotion of condoms at an early stage proved to be counter-productive in Botswana, whereas the *lack of condom promotion* during the 1980s and early 1990s contributed to the relative success of behavior change strategies in Uganda" (emphasis added). I myself argued in a report to the World Bank in 1998 that behavior change (this meant faithfulness and abstinence in Uganda at that time) and not condom use was the key to HIV decline, and I co-authored a USAID report in 2003 with similar conclusions. In fact, from 2004 onward, most peer-reviewed articles about "what happened in Uganda and why it happened" concur that it was primarily behavior change, in particular partner reduction, that accounted for Uganda's AIDS success.¹⁶

Yet HIV prevalence decline in Uganda sputtered out by about 2004, and a national sero-behavioral survey in 2005 showed prevalence was 6.7% (UDHS 2005), higher than previously estimated, and actually much higher when considering that the 2005 data came from a population-based survey, whereas earlier figures came from sexually active women only. Other data also suggest an increase in new infections.

The important question is why HIV infections began to rise again in the world's greatest AIDS success story. The answer has immense implications for how we spend billions of dollars on prevention worldwide. In the absence of clear empirical evidence a number of explanations emerged; two of the most prominent were not enough condoms and too much abstinence forced on Ugandans by

the George W. Bush administration. For example, Human Rights Watch released a rapid assessment report in March 2005 that said that Uganda was discontinuing condoms in favor of an abstinence-only strategy.¹⁷ (This report was also published the following year in *The Lancet*¹⁸). Uganda's purported change in strategy was even discussed in Congress and in the Institute of Medicine's 2007 overall evaluation of PEPFAR.¹⁹

However, evidence gleaned from behavioral surveys, a review of government policies, and qualitative research, points to quite different reasons. As noted, it has been the consensus in the research community that monogamy, fidelity, and partner reduction were the behaviors most responsible for prevalence decline in Uganda²⁰. Yet from 1995 to 2006, the proportion of men and women reporting sex with a nonmarital, noncohabiting partner had increased somewhat – from 11% to 16% of women, and from 31% to 35% for men (Uganda Demographic and Health Surveys 2001, 2006).

Second, if one looks at recent AIDS strategy documents in Uganda it is clear that condoms and testing have been increasingly emphasized at the expense of sexual behavior change. "Zero grazing" and partner fidelity are seldom mentioned in recent documents, nor are abstinence or delay of sexual debut. Initial drafts of the 2007/8–2011/12 National HIV & AIDS Strategic Plan (subtitled *Moving Towards Universal Access*) did not include any impact indicators for abstinence and faithfulness, despite the protests of members of the prevention committee about the document. (Note: the process was in fact controlled by foreign donors, despite appearances and protests to the contrary.)

In late 2009, Norman Hearst from the University of California and I teamed with highly experienced Ugandan researchers to conduct a survey and a series of focus groups to gain a better understanding of the changes that have occurred in AIDS prevention in recent years. Our findings were quite disturbing. Respondents were asked, "Over the last 6 months what is the main AIDS

message you have heard or seen?" Three-quarters of men and women answered HIV testing or condoms. When asked to rank what they thought were the most effective of different methods of prevention, both men and women ranked HIV testing first, followed by condoms. Significantly down the scale of responses came fidelity, with abstinence ranked last. As noted, in generalized epidemics, neither condom use nor testing in itself seems to prevent AIDS, whereas the behavior changes mentioned far less frequently *do*, in fact.

Findings from the focus groups were similar. In transcripts of these discussions, the words "test" or "testing" appeared 267 times; "condom(s)" appeared 194 times; "faithful" or "faithfulness" appeared 57 times; and "abstain" or "abstinence" appeared only 33 times. The terms "zero grazing" and "love faithfully" were not mentioned, yet a USAID survey had found that these were the two most remembered AIDS prevention slogans in 1991.²¹ These results show a clear shift in emphasis from promotion of fidelity and partner reduction (the behaviors most emphasized in Uganda's successful HIV response and most critical to declining HIV rates) to testing and condoms.

Additional factors may also be implicated in the reversal of Uganda's AIDS fortunes. Our recent Uganda study found ample evidence that AIDS has come to be seen as a treatable, chronic disease not unlike malaria. Because of the availability of ARVs, and because Ugandans no longer see AIDS victims wasting away before their eyes, AIDS is no longer as feared. Focus group respondents made comments such as, "Ever since people began getting ARVs, it has caused them to have irresponsible sex. They don't fear each other any more, [or fear] that they might infect each other with the AIDS virus".²²

We are certainly not arguing that people should not be given ARVs, but rather acknowledging that wider availability of treatment may have unfortunate effects on risky sexual behaviors and on HIV transmission. After all, HIV is not declining (and might be rising) in

the United States, in fact we began to see evidence of a more relaxed attitude toward AIDS and a return to riskier sexual behavior soon after ARV drugs became available. World Bank researchers in Africa and India have shown some evidence similar trends.²³

Prevention fatigue was also probably inevitable, regardless of the availability of treatment. A country cannot stay on high alert forever, and the widespread feelings of personal vulnerability and cautious behavior that were evident in the late 1980s were probably bound to decline. But Uganda's adoption of the global standard approach of treatment, testing, and condoms (and its turn away from emphasizing behavior change) has almost certainly hastened the process. And infection rates seem to be rising in Uganda at a time when they are declining elsewhere in Africa.

Meanwhile, HIV prevalence has been falling throughout Africa. My colleagues and I looked closely at the first 8 or so African countries showing prevalence decline, and in all cases the proportion of men and women reporting more than one sex partner in the previous year had declined. For example researchers found Data from an HIV research site in Zimbabwe's Manicaland province showed that men who reported having MCPs fell by 40 percent between about 1998 and 2003 – roughly the same time period in which the number of new HIV infections was falling rapidly and salaries in the country fell by about 90 percent.²⁴

The remarkable thing to consider is that African men and women have been having fewer sexual partners and yet the major donors and AIDS prevention implementing organizations were not actively promoting partner fidelity or partner reduction. Only faith-based organizations continued to propose what they have always promoted: fidelity and abstinence or delay of sexual debut. We think it was a combination of FBO influence, common sense, and a growing recognition that the formula promoted everywhere by the major donors did not seem to be working in Africa, that influenced behavioral change. If risk reduction worked,

we would have seen the results long ago in Botswana, which had the political will and the resources to implement risk reduction to a greater degree than virtually any other African country.

Yet Botswana has the second highest HIV prevalence rate in the world. This persistent high despite the resources and efforts has fortunately led to reassessment, to changes in thinking. UNAIDS actually issued a report in April 2009 concluding that fidelity – or discouraging multiple and concurrent partners – should be the highest priority in southern Africa and that condoms should be a backup or a safety net.²⁵

Don't misunderstand me as being anti-condom. All people should still have full access to condoms, and condoms should always be a backup strategy for those who will not or cannot remain in a mutually faithful relationship. But they cannot remain the primary focus of prevention programs in Africa. Surely it's time to start providing more evidence-based AIDS prevention in Africa. Moreover, liberal and conservatives agree that condoms cannot address challenges that remain critical in Africa such as cross-generational sex, gender equality, and an end to domestic violence, rape, and sexual coercion.

Notes

¹ Much of this paper is condensed from Edward C Green and Allison Ruark, *AIDS, Behavior, and Culture* <http://www.lcoastpress.com/book.php?id=294>. For a lively discussion and dissection of the politics, economics and ideology that drive the AIDS industry, see Edward C Green, *Broken Promises: How the AIDS Establishment Has Betrayed the Developing World*.

² GREEN, E.C. AND KIM WITTE, *Fear Arousal, Sexual Behavior Change and AIDS Prevention*, "Journal of Health Communication" 11(2006), pp. 245-259; Green, E.C., D.H. Halperin, Vinand Nantulya, Janice Hogle, "What Happened to Reduce HIV Prevalence in Uganda?", "AIDS and Behavior", May(2006); Shelton J.D., Halperin D.T., Nantulya V., Potts M., Gayle H.D., Holmes K.K., *Partner reduction is crucial for balanced "ABC" approach to HIV prevention*, British Medical Journal (2004) 3288(7444), pp. 891-94

(<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/bmj;328/7444/891>); Stoneburner, Rand L. and Daniel Low-Beer, "Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda." "Science" 30 April 2004 Vol 304, pp. 714-18;

³ GREEN, E.C., N. HEARST, T. MAH, A. HERLING-RUARK, *A Framework of Sexual Partnerships: Risks and Implications for HIV Prevention in Africa*, "Studies in Family Planning" 40 (1)2009, pp 63-70

⁴ BUVE, A, M. CARAËL, R. HAYES, et al., *Multicentre study on factors determining differences in rate of spread of HIV in sub-Saharan Africa: Methods and prevalence of HIV infection*, "AIDS" (2001) Suppl. 15:S5-S14; CARAËL, M. and K. Holmes, *Dynamics of HIV epidemics in sub-Saharan Africa: Introduction*, "AIDS" (2001) Suppl. 4:S1-S4; Shelton, J. D. and B. Johnston, *Condom gap in Africa: Evidence from donor agencies and key informants*, [British Medical Journal] 323(2001), p.139. [the actual number of condoms available in Uganda did not appear in the published version of this paper, but the authors made the table available to the present authors]

⁵ Southern African Development Community (SADC). 2006. *Expert think tank meeting on HIV prevention in high-prevalence countries in southern Africa: Report*. Gaborone, Botswana: SADC. <http://www.sadc.int/downloads/news/SADCPrevReport.pdf> (accessed August 6, 2010).

⁶ PISANI, E., *The Wisdom of Whores: Bureaucrats, Brothels and the Business of AIDS*, W.W.Norton, New York 2008

⁷ PHOOLCHAROEN, W., *HIV/AIDS prevention in Thailand: Success and challenges*, "Science" (1998) 19, pp.1873-74.

⁸ The Nation [Thailand], September 5, 2005 "Mechai renews crusade against the Aids threat" <http://www.childrensaidsfund.org/showarticle.asp?id=316#news1>

⁹ HALPERIN, DC, M STEINER, M CASSELL, EC GREEN, D KIRBY, N HEARST, H. GAYLE, *The Time Has Come for Common Ground on Preventing Sexual Transmission of HIV*, "The Lancet" November 27(2004), pp 1913-1915; GREEN, E.C., N. HEARST, T. MAH, A. HERLING-RUARK, *A Framework of Sexual Partnerships: Risks and Implications for HIV Prevention in Africa*, "Studies in Family Planning" 40 (1)2009, pp 63-70; HALPERIN, DH, AND HELEN EPSTEIN, *Concurrent sexual partnerships help to explain Africa's high HIV prevalence: implications for prevention*, "The Lancet" Vol 364 July 3(2004), pp. 4-6

¹⁰ UAC (Uganda AIDS Commission), *And Banana Trees Provided the Shade: The Story of AIDS in Uganda*, UAC, Kampala 2003

¹¹ Ministry of Health (1988?) *Guidelines for Resistance Committees on the Control of AIDS: Action for Survival*. Prepared by UNICEF Kampala with the approval of Directorate of Information and Mass Mobilisation, NRM Secretariat and the Health Education Division, Ministry of Health, Republic of Uganda (ND. Thought to be 1988 or 89)

¹² GREEN, EC, P KAJUBI, S KAMYA, NC D'ERRICO, N HEARST., *Current Perceptions of HIV Prevalence and Multiple Partner Sex in Uganda*, XVIII International AIDS Conference, Vienna, 18-23 July 2010.

¹³ ZEELIE, C., *Uganda hails HIV success*, BBC News, 2002 August 2.

¹⁴ SHELTON, J. D. AND B. JOHNSTON, *Con-*

dom gap in Africa: Evidence from donor agencies and key informants, "British Medical Journal" 323(2001), p.139.

¹⁵ ALLEN, T. AND S. HEALD, *HIV/AIDS policy in Africa: What has worked in Uganda and what has failed in Botswana*, Journal of International Development 16(2004), pp.1141-54

¹⁶ GENUIS, S J AND S K GENUIS, *HIV/AIDS prevention in Uganda: why has it worked?* "Postgrad. Med. J". 81(2005), pp. 615-617; Kirby, D., *Changes in sexual behavior leading to decline in the prevalence of HIV in Uganda: Conformation from multiple sources of evidence*, "Sex Transm Inf" 84(2008), pp.35-41; Stoneburner, Rand L. and Daniel Low-Beer, "Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda." "Science" 30 April 2004 Vol 304, pp. 714-18;

¹⁷ COHEN, J., *The less they know, the better: Abstinence-only HIV/AIDS programs in Uganda*. Human Rights Watch. <http://www.hrw.org/reports/2005/uganda0305/> (accessed July 30, 2010).

¹⁸ COHEN, J., R. SCHLEIFER, AND T. TATE, *AIDS in Uganda: The human-rights dimension*, "The Lancet" 365(2005), pp.2075-76

¹⁹ SEPULVEDA, J., C. CARPENTER, J. CURRAN, et al., *PEPFAR Implementation: Progress and Promise*, National Academic Press, Washington, DC 2007

²⁰ GREEN, E.C. AND KIM WITTE, *Fear Arousal, Sexual Behavior Change and AIDS Prevention*, "Journal of Health Communication" 11(2006), pp. 245-259; Stoneburner, Rand L. and Daniel Low-Beer, "Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda." "Science" 30 April 2004 Vol 304, pp. 714-18;

²¹ MOODIE, R., A. KATAHOIRE, AND F. KAHARUZA, *An evaluation study of Uganda AIDS control programme's information education and communication activities*. Kampala: AIDS Control Programme, Ministry of Health and Geneva, Switzerland: WHO, Geneva 19

²² GREEN, EC, P KAJUBI, S KAMYA, NC D'ERRICO, N HEARST., *Current Perceptions of HIV Prevalence and Multiple Partner Sex in Uganda*, XVIII International AIDS Conference, Vienna, 18-23 July 2010; P. Kajubi, M. Kamy, E.C. Green, E.S. Hudes, A.H. Ruark, N. Hears, *Multiple sexual partnerships among poor urban dwellers in Kampala, Uganda* "JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome" 1 June 2011 - Volume 57 - Issue 2 - pp 153-156

²³ Over, Mead and Damien de Walque et al <<http://blogs.worldbank.org/development/talk/could-easier-access-to-aids-treatment-increase-risky-sexual-behaviors#comment-266>>

²⁴ HALPERIN, D.T., MUGURUNGI, O., HALLETT T., MUCHINI, B., CAMPBELL, B., MAGURE, T., BENEDIKT, C., GREGSON, S.A. 2011 *A surprising prevention success: Why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe?* PLoS Medicine 8(2); doi:10.1371/journal.pmed.1000414.

²⁵ UNAIDS, *Addressing Multiple and Concurrent Partnerships in Southern Africa: Developing Guidance for Bold Action*, April 2009, available online at http://www.unaidsrsta.org/files/u1/MCP_Meeting_Report_Gabarone_28-29_Jan_2009.pdf.

Le magistère de l'Église sur le traitement et la prévention du VIH/SIDA

MGR JACQUES SUAUDEAU

Consulteur du Conseil pontifical pour les services de Santé, Membre de l'Académie pontificale pour la Vie, Saint-Siège

The Magisterium of the Church and the Treatment and Prevention of HIV/AIDS

HIV/AIDS infection cannot be reduced to being the single issue of an immunity disorder to be treated with antiretrovirals. It is a social and moral disease that calls for an appropriate answer at all levels: in the assistance given to HIV-infected people as well as in the prevention of the sexual transmission of the virus. The Church turns with mercy and compassion towards people afflicted with AIDS, fighting against all forms of social discrimination towards them and making available to them hospitals, clinics, dispensaries, screening and mobile treatment centres. Demonstrating thereby solidarity with these patients, the Church ensures that they are treated and accompanied. The Church pays especial attention to expectant women who are HIV-positive in order to prevent the vertical transmission of the virus to children. On the other hand, the Church feels strongly compelled to intervene with clarity and a feeling of responsibility in the field of prevention because this field is connected with the social moral behaviour of those involved – its Catholic sons and daughters in the front line. For the Church, such prevention should not be limited to the medical/health-care aspect of the question, but should, rather, take into account

all aspects of the infection. This prevention should be respectful of the human person, of his/her dignity, and should lead him/her towards a renewed shouldering of his/her moral responsibility, because the epidemic HIV/AIDS is primarily connected with a loss of a sense of responsibility, a loss of human values. Prevention of a mechanistic/health-care/commercial kind only, based on the diffusion and sale of condoms, even when it obtains some results is a short-term method, a 'plugging holes' approach, that does not solve the problem in the long term, i.e. it does not lead to the abandonment of the behaviour that causes the HIV/AIDS epidemic. Only a true change in sexual behaviour (hindered by recourse to condoms), which goes by way of a renewed adoption of a sense of responsibility, will be able to put an end to the diffusion of the virus. A first step toward such an adoption of responsibility could be to protect the sexual partner against the possible sexual transmission of HIV, using a condom, when the involved person is not able, or does not want, to exit from those habits of sexual addiction to which the HIV/AIDS epidemic is linked. The moral prohibition on the use of condom applies, indeed, to the proper use of matrimony, and does not have room in illicit situations, such as extra-marital sexual relations or prostitution. As regards the difficult question of the prevention of sexual HIV transmission in serodiscordant couples, the objections raised by the Magisterium of the Church to the use of

condom clearly apply and concern all Catholic spouses. The recent finding that the antiretroviral treatment of HIV infection, when effective with a correct follow-up, and with an HIV level in blood below measurable levels, protects the uninfected sexual partner from HIV infection (HTPN study 052), has today changed this problem in a positive direction. But it means that the serodiscordant couple must be able to obtain treatment.

L'épidémie du VIH/SIDA a constitué et continue de constituer un défi pour l'Église catholique. Dans ses racines comme dans ses conséquences, l'épidémie du VIH/SIDA va contraire au message de l'Évangile. D'un côté elle tire son origine d'un désordre social et moral qui s'accompagne d'irresponsabilité, de repli sur soi, et de perte d'espérance; d'un autre côté elle conduit à la discrimination et à la perte de la solidarité.

Face à cette épidémie, les Papes successifs et les Évêques concernés ont exprimé au travers d'exhortations, de discours et de déclarations, la préoccupation de l'Église à ce sujet.

Depuis le début de l'épidémie, l'Église a offert sa collaboration à la société civile, par ses institutions, tant pour l'accueil des malades du SIDA que pour l'encouragement à une vraie prévention, portant sur les comportements qui ont causé le SIDA et qui continuent à en maintenir la diffusion.

"La redoutable diffusion du SIDA" disait le Pape Jean-Paul II, "nous lance à tous un double défi", que l'Église, elle aussi, veut accueillir pour la part qui lui incombe: je fais allusion ici au domaine de la *prévention de la maladie* et à l'*assistance des individus qui en sont atteints*¹.

Jean-Paul II nous a donné un résumé des orientations de l'Église dans son discours aux évêques du Rwanda, à Kigali, le 9 septembre 1990. Le Pape a dit: «...(le) fléau du SIDA...demande un double effort de la part des chrétiens...: soit pour demeurer proche des malades sans discrimination, avec une charité inspirée de celle du Christ et avec toutes les ressources disponibles pour les assister de façon efficace; soit pour éclairer les jeunes et les adultes sur les valeurs morales qui, souvent, sont en cause dans la transmission de la maladie»².

Introduction: la spécificité de l'épidémie du VIH/SIDA et la réponse de l'Église

a. La spécificité de l'épidémie du VIH/SIDA

a.1 Le SIDA est révélateur d'un désordre profond de la personne et de la société

L'infection VIH/SIDA ne peut être réduite à la seule pathologie somatique immunitaire, à traiter par les antirétroviraux. Le VIH/SIDA est une maladie sociale et morale, qui est liée à des types déterminés de rapports interpersonnels et qui touche la personne humaine à tous les niveaux. C'est ce que disait le Pape Jean-Paul II dans son message du 28 novembre 1988 au docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé, à l'occasion de la première journée mondiale d'information sur le SIDA (9 décembre 1988): «Je m'associe volontiers à cette initiative et je désire lui exprimer mon soutien moral, car nous sommes tous convaincus que cette maladie n'atteint pas seulement le corps, mais toute la personne humaine, comme aussi les relations interpersonnelles et la vie sociale»³.

Le SIDA révèle un désordre profond, anthropologique et moral qui se manifeste dans les comportements qui sont responsables de sa diffusion, comme le disait le bienheureux Jean-Paul II dans son discours du 5 septembre 1990 aux évêques de la Conférence Épiscopale du Burundi, réunis à Bujumbura: «...Je voudrais rappeler que la gravité de cette maladie tient non

seulement aux souffrances et aux morts qu'elle provoque inexorablement, mais aussi à ses implications d'ordre anthropologique et moral. L'épidémie diffère de tant d'autres que l'humanité a connues du fait que des comportements humains délibérés jouent un rôle dans sa diffusion»⁴.

Pour Jean-Paul II, l'épidémie du VIH/SIDA a pu se développer à cause de la «crise des valeurs» que traverse le monde aujourd'hui. Dans son discours du 15 novembre 1989, adressé aux 1200 participants à la Conférence Internationale sur le SIDA promue par le Conseil Pontifical pour la pastorale du personnel de la Santé, le Pape Jean-Paul II a ainsi présenté sa pensée sur l'origine humaine, spirituelle, de l'épidémie: «Ce qui caractérise l'apparition et l'expansion du Sida, et aussi en un certain sens, la lutte à entreprendre contre cette maladie, révèle – comme le rappelle opportunément le thème général de cette Conférence internationale – une crise des valeurs très préoccupante. On n'est pas éloigné de la vérité lorsqu'on affirme que, parallèlement à la diffusion du Sida, est en train de venir au jour une sorte d'immunodéficience sur le plan des valeurs existentielles, qui peut se définir comme une véritable pathologie de l'esprit»⁵.

Cette crise des valeurs, génératrice du SIDA, Jean-Paul II l'a encore dénoncée devant les malades du SIDA lors de sa visite à l'hôpital Nsambya à Kampala (Ouganda) le 7 février 1993. Le Saint-Père a dit à cette occasion: «En conjonction à la diffusion du SIDA, une crise diffuse des valeurs se répand dans certaines sociétés car nombreuses sont les personnes qui croissent mutilées dans leur esprit, indifférentes aux vertus et valeurs spirituelles qui seules peuvent garantir le vrai bonheur et le progrès authentique de la société»⁶.

a.2 La seconde particularité du VIH/SIDA est qu'il est parfaitement évitable

La seconde particularité de l'épidémie du VIH/SIDA est que, contrairement à ce qui se passe pour d'autres épidémies, ses modes de transmissions sont bien connus et documentés, et que l'infection peut être parfaitement évitée: «La prévention» du VIH/SIDA, écrivait

A.P. Waterson dans le *British Medical Journal* du 5 mars 1983, «soulève des questions plus vastes que celle simplement de la contagion. Ironiquement, en dépit de toutes les incertitudes, cette maladie (comme l'herpès génital qui aussi a attiré à lui une grande attention de la part de la presse américaine commune) est essentiellement évitable. L'abandon de la promiscuité, de l'homosexualité, et de l'usage abusif des drogues pourrait arrêter ces deux maladies dans leur progression – bien qu'il soit bien peu probable que cela prouve être une solution acceptable»⁷.

La maladie est parfaitement évitable, et pourtant elle poursuit son cours parce qu'elle est liée à des comportements erronés vis-à-vis desquels il n'y a pas une vraie volonté, ou une volonté suffisamment forte d'abandon. La maladie a des complices puissants dans le cœur et les pensées de l'homme, dans la société d'aujourd'hui.

b. Les deux directions dans les recommandations du magistère de l'Église

Depuis le début de l'épidémie, l'Église a offert sa collaboration à la société civile, au travers de ses institutions, tant en ce qui concerne l'accueil des malades du VIH/SIDA que dans l'encouragement à une vraie prévention, qui s'adresse aux comportements qui ont causé le SIDA et en maintiennent la diffusion.

«La diffusion menaçante du SIDA» disait Jean-Paul II, «lance à tous un double défi, que l'Église elle aussi veut recevoir dans la partie qui la concerne: je me réfère à la *prévention de la maladie* et à l'*assistance de ceux qui en sont atteints*»⁸.

Jean-Paul II nous a donné un même résumé des orientations de l'Église dans le discours qu'il a adressé aux Évêques du Rwanda, à Kigali, le 9 septembre 1990. Le Pape a dit: «Le fléau du SIDA...appelle de la part des chrétiens un double effort, dont j'ai plusieurs fois déjà parlé: rester proches des malades, sans discrimination, avec une charité inspirée par celle du Christ, avec toutes les ressources disponibles pour les assister efficacement; l'autre effort vise à éclairer jeunes et adultes sur les valeurs

morales qui, souvent, sont en cause dans la transmission de cette maladie; il faut les appeler à une manière de vivre digne et fidèle aux préceptes évangéliques, afin de ne compromettre ni leur propre vie, ni celle du prochain»⁹.

Ce message du Magistère de l'Église a donc une double direction:

- d'un côté, et surtout, il insiste sur la solidarité avec les personnes infectées par le virus, et sur la nécessité de traiter ces personnes dans le respect de leur dignité,

- de l'autre, il indique la voie pour une vraie prévention, à long terme, qui passe par la réintégration des valeurs morales.

1. La solidarité avec les personnes infectées par le VIH

Pour l'Église, le fait de prendre soin de la personne atteinte par le VIH/SIDA se situe dans sa mission de toujours, assignée par Jésus-Christ. L'Église a donc répondu à cette situation comme elle l'a fait depuis des siècles, prenant soin des malades infectés par le VIH avec charité et compassion.

Le sujet principal d'attention et de préoccupation de l'Église en matière de VIH/SIDA n'est donc pas la maladie en elle-même, mais le malade infecté par le VIH, spécialement lorsque ce malade se trouve isolé, discriminé, rejeté par ses concitoyens, et, souvent, par sa famille.

a. Dieu aime les malades du SIDA

Le Pape Jean-Paul II a fait une de ses premières déclarations à propos du VIH/SIDA à San Francisco le 17 septembre 1987, dans la basilique de Mission Dolores. Un millier de personnes s'y trouvaient réunies, dont une centaine de patients atteints du VIH/SIDA avec les membres de leurs familles. Prenant son point de départ de la figure emblématique de saint François d'Assise, inspiré par la cité qui l'entourait, et ému par la foule des malades devant lui, Jean-Paul II souligna que tout homme est aimé de Dieu, quelles que soient les conditions dans lesquelles il se trouve, «sans distinction», et que Dieu ne perd jamais l'espé-

rance dans l'homme. Cette conviction de l'Église, qui vient du message même de Jésus-Christ, fonde la valeur de tout homme: Dieu ne fait pas d'exception. Rappelant son Encyclique *Dives in Misericordia* dans laquelle il commentait la parabole du fils prodigue, le Pape déclara: «L'amour de Dieu pour nous comme notre Père est un amour fort et fidèle, un amour plein de miséricorde qui nous rend capables d'espérer dans la grâce de la conversion, lorsque nous avons péché... la miséricorde se manifeste sous son aspect vrai et propre, lorsqu'elle redonne valeur, promeut et tire du bien de toutes les formes de mal qui existent dans le monde» (Jean-Paul II, *Dives in Misericordia* 6)¹⁰.

S'adressant aux personnes âgées et aux malades du VIH/SIDA présents dans l'assistance, le Pape ajouta: «Dieu vous aime! Dieu vous aime tous, sans distinction, sans limites. Il aime ceux d'entre vous qui sont âgés, qui ressentent le poids des années. Il aime ceux d'entre vous qui sont malades, ceux qui souffrent du SIDA et des affections liées aux SIDA. Il aime les parents et les amis des malades et ceux qui prennent soin d'eux. Il nous aime tous d'un amour sans condition et éternel»¹¹.

b. La sollicitude de l'Église pour les malades du VIH/SIDA

Le thème qui revient le plus dans toutes les déclarations sur le Sida faites par des membres de l'Église, et plus particulièrement par des évêques ou des délégués des Conférences Épiscopales, est celui de la sollicitude de l'Église pour les malades du SIDA, guidée en cela par l'exemple de Jésus-Christ lui-même. Cette sollicitude s'exprime dans la compassion que l'Église montre – ou s'efforce de montrer – envers les malades du SIDA, une compassion active qui se concrétise dans la lutte contre les préjugés et la discrimination vis-à-vis des personnes infectées du VIH, et dans l'accueil, le soin et l'accompagnement de ces personnes dans leur chemin marqué par la souffrance.

Dans sa lettre du 28 novembre 1988 au docteur Hiroshi Nakajima, dont il a été question précédemment, le Pape Jean-Paul II assurait ainsi le Directeur Général de l'Or-

ganisation Mondiale de la Santé de la coopération de l'Église, au travers de son réseau d'hôpitaux et d'institutions sanitaires, à l'effort national et international des institutions civiles pour prendre soin des malades du Sida: «...Je désire l'assurer que l'Église catholique, au travers de ses institutions, ne manquera pas d'entourer d'une sollicitude particulière cette partie de l'humanité souffrante, objet de mon affection et de ma prière»¹².

Dans le courant de la lettre Jean-Paul II exprimait ainsi sa compassion pour les malades du Sida «qui doivent être considérés comme frères et sœurs»: «L'Église catholique, qui a reçu de son fondateur, Jésus-Christ, le legs de rapports privilégiés et attentifs vis-à-vis de ceux qui souffrent, et ceci de puis toujours, ne reste certes pas indifférente face à cette nouvelle catégorie de malades. Eux aussi doivent être considérés comme frères et sœurs, dont la condition humaine suscite une forme particulière de solidarité et d'aide».

Le 1^{er} décembre 2001, le Pape Jean-Paul II a reçu en audience 6.000 membres des associations des volontaires catholiques dans le domaine de la santé, et a rappelé que le même jour se célébrait la Journée mondiale de la lutte contre le SIDA. Le Pape a profité de l'occasion pour souligner la sollicitude de l'Église pour les malades du VIH/SIDA: «Chers Frères et Sœurs, malades du SIDA, ne vous sentez pas seuls! Le Pape vous est proche avec affection et vous soutient dans votre chemin difficile. L'Église se met aux côtés des hommes de science et encourage tous ceux qui oeuvrent sans relâche pour guérir et vaincre cette grave forme de maladie. À l'exemple du Christ, elle considère l'assistance à ceux qui souffrent comme une composante fondamentale de sa mission, et se sent interpellée en première personne par ce nouveau lieu de la souffrance humaine»¹³.

Le 30 novembre 2011, à l'issue de la réunion des secrétaires de Conférences Épiscopales du SECAM (*symposium des Églises d'Afrique et du Madagascar*), à Cape Town, Afrique du Sud, les représentants de l'Église en Afrique ont manifesté la volonté de cette Église d'intervenir plus activement dans la lutte contre l'épidémie du

VIH/SIDA. Ces représentants ont déclaré: «C'est «le corps du Christ en Afrique» qui est «profondément frappé par le fléau du SIDA».

Partant des paroles mêmes du Christ au regard des malades et des opprimés, les représentants de l'Église en Afrique, présents à la Conférence, ont voulu souligner les trois points de départ pour une action revigorée de l'Église dans le domaine du VIH/SIDA en Afrique. Ces points sont le caractère sacré de la vie, le devoir de compassion, le devoir de solidarité: caractère sacré de la vie... L'Église doit promouvoir une culture de la sacralité de la vie et de l'amour pour la vie. C'est pourquoi une personne infectée par le VIH a droit à la vie, à l'intégrité, au soutien, au traitement, et, en particulier, à la compassion.

«Compassion:... Le corps tout entier de l'Église en Afrique est appelé à actualiser la présence commissionnée de Dieu dans les membres les plus vulnérables de la société, les désavantagés, les souffrants. C'est une présence qui donne espérance. Nous, comme individus et comme communauté chrétienne sommes appelés par les valeurs de l'Évangile à être des agents attentionnés de compassion.

«Solidarité: à l'exemple de Jésus-Christ, dont la solidarité avec l'humanité s'est exprimée dans son devenir un de nous, l'Église en Afrique est appelée à une plus grande solidarité avec toutes les personnes qui souffrent de l'épidémie du VIH/SIDA. Nous sommes convaincus que la réponse à la pandémie trouve sa meilleure expression sous la forme d'une solidarité simple, attentionnée, dans l'être avec ceux qui souffrent et dans le partage de nos ressources en temps, affabilité, nourriture, argent, et quoi que ce soit que nous avons».

Les évêques des États-Unis, dans leur déclaration sur le SIDA de janvier 1990 – «*Called to Compassion and Responsibility. A Response to the HIV/AIDS Crisis*»¹⁵, ont mis au premier plan de l'engagement de l'Église le devoir de compassion pour le malade. Rappelant les paroles et les actes de Notre Seigneur à ce point de vue, les Évêques se sont arrêtés sur ce terme de «compassion», tel qu'il est illustré dans la parabole du «bon samaritain». Ils ont rappelé les paroles du Pape

Jean-Paul II, dans sa lettre apostolique *Salvifici Doloris* du 11 février 1984: «Cet amour désintéressé qui s'éveille dans le cœur de l'homme et se manifeste dans ses actions, il le doit en un certain sens à la souffrance. L'homme qui est le «prochain» ne peut passer avec indifférence devant la souffrance des autres»¹⁶.

Les évêques continuaient ainsi: «Les personnes affectées par le SIDA ne sont pas des gens lointains, des inconnus... Nous devons les avoir présentes dans notre conscience... et les serrer dans nos bras avec un amour inconditionné. La compassion-amour envers les personnes infectées par le VIH est l'unique réponse authentiquement évangélique».

c. La souffrance des malades du VIH/SIDA

La souffrance peut devenir pour le malade un chemin de croissance intérieure, de conversion, de guérison spirituelle, avec l'aide de la grâce spéciale que Jésus donne au malade. De négative, elle peut devenir positive comme lieu de la rédemption et, par suite, de témoignage: le Saint-Père Jean-Paul II a beaucoup insisté sur cet aspect de la souffrance que Dieu sait transformer de mal physique en bien spirituel. Tel était le message de la belle lettre apostolique *Salvifici Doloris* (11 février 1984), écrite au début de son Pontificat, dans laquelle le Pape nous parlait «de l'Évangile de la souffrance», une expression que le Pape a utilisée régulièrement au long de son pontificat. Le Pape Jean-Paul II n'a pas eu peur d'aborder la souffrance des malades du SIDA. Le 7 février 1993, visitant ces malades à l'hôpital Nsamba de Kampala, Jean-Paul II a repris pour eux le thème de la participation aux souffrances du Christ, développé dans la lettre apostolique *Salvifici Doloris*: «Parce que c'est au travers de la souffrance que Jésus a apporté la grâce et la miséricorde à nous tous, chacun d'entre nous «est aussi appelé à participer à cette souffrance, au travers de laquelle s'est accomplie la rédemption» (*Salvifici Doloris*, 19)¹⁷.

Passant de cette perspective générale à la situation des malades du VIH/SIDA, Jean-Paul II a invité

ces malades à ne pas se décourager. La personne atteinte du VIH/SIDA doit reprendre espérance et confiance, parce qu'elle n'est pas abandonnée de Dieu: elle a le Christ à son côté, prêt à donner sa grâce. Jean-Paul II a dit: «Nombreux parmi vous sont déjà contraints au lit, beaucoup d'autres sont séropositifs, d'autres encore vivent dans la peur constante de contracter le mal. Il n'y a qu'Un qui peut vous donner espérance et confiance au milieu d'une douleur aussi grande, de la peur et de la mort elle-même.. Ne vous découragez jamais!... Le Christ est à votre côté; ne doutez pas de sa présence ou de la force de sa grâce»¹⁸.

Ainsi éprouvée, avec l'aide du Christ, la personne atteinte du VIH/SIDA peut prier et intercéder pour tous ceux qui risquent de tomber dans le piège du VIH/SIDA à cause de leur comportement sexuel erroné, en particulier les jeunes: «*Vous qui souffrez du SIDA, vous avez un rôle important à jouer dans cette lutte vitale pour le bien-être de votre pays! Offrez vos souffrances en union au Christ pour vos frères et vos sœurs qui sont particulièrement à risque!*»¹⁹.

Dans son message du 7 septembre 1990, adressé aux malades et aux soignants du Burundi, Jean-Paul II a repris le thème de la souffrance vécue comme épreuve, assurant les malades du SIDA de leur proximité avec le Christ ressuscité. Le Pape a dit: «La maladie est une «épreuve», c'est-à-dire ce temps difficile où le corps est diminué, et où l'on a de la peine à espérer. Mais «épreuve», cela signifie aussi que, dans cette crise, l'être vrai se révèle, comme l'or au creuset, et que cette période où tout semble ébranlé finira. Je sais que le passage est dur, je pense en particulier à ceux d'entre vous qui sont atteints par le SIDA que l'on n'arrive pas encore à soigner efficacement. Mais je veux vous dire, au nom de la foi, que vous avez des raisons d'espérer et que vous n'êtes pas seuls dans l'épreuve»²⁰.

d. La lutte contre la discrimination des malades du VIH/SIDA

Le second point plus important dans les enseignements du Magistère de l'Église regardant l'épidémie du VIH/SIDA est le devoir

de chaque chrétien de lutter activement, là où il se trouve, contre la discrimination envers les personnes atteintes du VIH. Jusqu'à la fin 1995, le VIH/SIDA était une maladie mortelle, sur laquelle aucune médication n'avait montré d'efficacité. Il en résultait une forte tendance à la discrimination à l'encontre des personnes atteintes du virus, dans la vie sociale, dans les centres de traitement, et dans l'accès aux postes de travail.

Depuis le début de l'épidémie, le Magistère de l'Église, dénonçant cette tendance à la discrimination à l'encontre des malades du VIH/SIDA, a souligné le devoir de solidarité avec eux. Dans son message du 28 novembre 1988, adressé au docteur Hisroshi Nakajima, directeur général de l'OMS (cité plus haut), à l'occasion de la première journée mondiale d'information sur le SIDA (9 décembre 1988), le Pape Jean-Paul II a souligné la nécessité de sensibiliser l'opinion publique à la prévention et à la solidarité avec les personnes atteintes par le virus, considérant ces personnes dans leur souffrance et leur fragilité, qui appellent compassion et non rejet: «Le degré de civilisation de chaque société pourra se mesurer à la façon dont elle saura répondre aux exigences de la vie et aux souffrances de la personne humaine, car la fragilité de la condition mortelle exige précisément la plus large solidarité dans la défense du caractère sacré de la vie...»²¹

Les évêques des États-Unis, dans leur longue déclaration sur le SIDA publiée le 11 décembre 1987 et intitulée «*The many Faces of AIDS. A Gospel Response*» ont placé au premier plan de leur réflexion la lutte contre la discrimination à l'encontre des malades du SIDA. Ils ont dit: «Pour les chrétiens, les récits de personnes souffrant du SIDA ne doivent pas devenir des occasions pour les stéréotypes ou les préjugés, pour la colère ou la récrimination, pour le rejet ou l'isolement, pour l'injustice ou la condamnation. Ils nous donnent une occasion de cheminer avec ceux qui souffrent, d'être passionnés vis-à-vis de ceux que nous pourrions autrement craindre, d'apporter force et courage à la fois à ceux qui sont confrontés à la perspective de la mort et à leurs proches»²².

Lors de sa visite à la Basilique de Mission Dolores, à San Francisco, en 1987, alors que le Pape Jean-Paul II circulait entre les malades du SIDA, immédiatement après avoir parlé de l'amour de Dieu pour ces malades, et qu'il leur donnait des paroles de bénédiction et d'encouragement, un enfant de quatre ans – Brendan O'Rourke – malade du SIDA, toucha l'oreille du Pape. Jean-Paul II s'arrêta et prenant l'enfant dans les bras, l'embrassa affectueusement. En ces années, les personnes malades du SIDA étaient séquestrées en isolement, et tous avaient peur de contracter l'infection à leur approche. Jean-Paul II fut ainsi le premier à rompre cette barrière. Ce simple geste d'accueil et de respect bouleversa l'Amérique et constitua une image de référence dans une société tentée par le rejet des malades du SIDA et des séropositifs. La photographie fit le tour du monde.

Dans son discours du 2 septembre 1990 aux représentants du corps diplomatique, à Dar Es-Salam, en Tanzanie, Jean-Paul II évoqua à nouveau la nécessaire «complète solidarité avec les victimes du SIDA», et ajouta: «La menace est telle que l'indifférence de la part des autorités publiques, les pratiques de condamnation ou de discrimination vis-à-vis de ceux qui sont affectés par le virus de l'immunodéficience acquise, ...doivent être considérés comme des formes de collaboration dans ce terrible mal qui est advenu sur l'humanité»²³.

Devant les jeunes du Rwanda, réunis au stade Amahoro (Kigali) le 8 septembre 1990, Jean-Paul II a repris le thème de la solidarité avec les malades du SIDA, thème sensible dans ce pays particulièrement atteint par l'épidémie, et où les malades du VIH/SIDA étaient souvent quasi-séquestrés par leur propre famille. Jean-Paul II déclara: «Le Rwanda, comme hélas trop de pays africains, doit faire face au fléau du SIDA. Je vous exhorte à témoigner toute votre sympathie, votre aide et votre solidarité à vos frères et à vos sœurs atteints du SIDA, et aux séropositifs qui connaissent l'angoisse»²⁴.

De nombreux évêques et différentes Conférences Épiscopales dans le monde ont repris cette exhortation à ne pas discriminer les

malades du SIDA. Par exemple, la Conférence Épiscopale des Philippines a publié, le 23 janvier 1993, une lettre pastorale concernant l'épidémie du SIDA et sa prévention, dans laquelle les évêques placent en première ligne une exhortation à se faire serviteurs de ces malades: «Notre attitude première doit être celle de serviteurs. Ceux qui ont contracté le SIDA portent un lourd fardeau. Que ce soit par accident ou comme conséquence de leurs propres actions, ils doivent faire face au rejet par la société, à la mise à l'écart, à la condamnation. Allons vers eux, accueillons-les, comme Jésus l'a fait pour les malades de son temps. Si nous allons à eux dans leur peine, c'est le Corps mystique tout entier, c'est sa Tête, le Christ lui-même, que nous servirons»²⁵.

Le premier décembre 2003, le Cardinal Javier Lozano Barragán, Président du Conseil Pontifical pour la Pastorale des Services de la Santé, dans une déclaration faite à l'occasion de la journée mondiale du SIDA, a souligné ainsi ce devoir de lutter contre l'exclusion des malades du VIH/SIDA: «J'invite la communauté internationale et les gouvernements en général, ainsi que l'Église en particulier, à éviter toute forme d'exclusion, de discrimination et de stigmatisation à l'encontre des personnes séropositives ou des malades du SIDA, les acceptant fraternellement dans la famille, la société et la communauté ecclésiale comme faisant partie à plein titre de l'Église»²⁶.

e. Soigner les malades

Le Magistère de l'Église ne s'est pas contenté de dénoncer les tentatives d'isolement-émargination-discrimination à l'encontre des malades du VIH/SIDA. Il a aussi exhorté les institutions sanitaires, créées et tenues par l'Église dans les différentes parties du monde, à coopérer à leur niveau au traitement des malades du VIH/SIDA.

Le premier septembre 1990, le Pape Jean-Paul II a rencontré à Dar Es-Salam des représentants du corps diplomatique. Évoquant la question du SIDA devant ces diplomates, Jean-Paul II a affirmé que «les membres de l'Église continueront à assumer leur part, en prenant soin de ceux qui souffrent, comme

Jésus a dit à ses disciples de le faire (cf Mt 25, 36)²⁷.

Répondant à l'appel du Magistère, l'Église a, de fait, mis au service des malades du VIH/SIDA toute sa capacité d'assistance sanitaire, de dispensaires, centres de soin et hôpitaux, et toute sa capacité d'assistance humaine, institutions religieuses, organisations paroissiales, mouvements et volontaires individuels. Une telle oeuvre d'assistance médicale et sanitaire n'est pas facile, dans les pays atteints, à cause de la pauvreté des malades, de leur nombre croissant qui surpasse la capacité d'accueil des hôpitaux et institutions, et aussi de la difficulté qu'il y a à rejoindre les malades, soit à cause de leur éloignement géographique, soit parce qu'ils sont cachés dans les familles.

À partir de 1995, avec l'introduction de la «trithérapie» antirétrovirale, le traitement des malades du SIDA est devenu effectif, et a permis de prolonger de façon appréciable la survie des malades du SIDA. Cependant, un tel traitement, très cher, est demeuré un privilège des pays riches, créant une situation d'inégalité intolérable dans le traitement des patients, entre pays riches et pays pauvres. Cela a conduit le Magistère à traiter de la question d'un point de vue de justice distributive.

Le 27 février 2001, Mgr Martino, Observateur permanent du Saint-Siège auprès de l'ONU, intervint dans la discussion préparatoire à la session spéciale de cet organisme sur la question du SIDA, demandant que soit prise en considération durant cette discussion la question de l'accès des malades du SIDA aux antirétroviraux, dans les pays pauvres.

Le 21 juin 2001, le Pape Jean-Paul II écrivit au secrétaire général de l'ONU, Mr Kofi Annan, en vue de la session spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU, prévue du 25 au 27 juin, dans laquelle devait être examiné le problème du VIH/SIDA sous tous ses aspects. Dans sa lettre, le Pape mentionnait différents problèmes liés à l'épidémie, comme celui de la transmission verticale du VIH, de mère à enfant, au moment de l'accouchement, et celui de la situation dramatique des orphelins du SIDA. Cependant, le problème plus spécifique que le

Pape présentait dans sa lettre était celui de l'accès des malades du SIDA aux traitements médicaux, et plus particulièrement aux thérapies antirétrovirales. Le Pape écrivait: «Le deuxième problème est celui de l'accès des malades du sida aux soins médicaux et, dans la mesure du possible, aux thérapies anti-rétrovirales. Nous savons que les prix de ces médicaments sont excessifs, parfois même exorbitants, au regard des possibilités des citoyens des pays les plus pauvres. La question comprend divers aspects économiques et juridiques, parmi lesquels certaines interprétations du droit de la propriété intellectuelle»²⁸.

Le Pape rappelait à ce propos son encyclique *Centesimus annus* où la question de la destination universelle des biens de la terre se trouvait exposée. Le Pape affirmait «le droit de chaque individu à la santé», droit en raison duquel les pays riches devaient répondre «aux besoins des malades du sida des pays pauvres» avec tous les moyens disponibles».

Le Saint-Père Benoît XVI, dans son message de janvier 2009 pour la célébration de la XLII journée mondiale de la paix, a repris la question de l'accès des peuples les plus pauvres aux traitements médicaux, accès lié à la promotion de la recherche médicale et au développement des médicaments génériques: «Il faut... mettre à la disposition des peuples pauvres les médicaments et les soins nécessaires, ce qui suppose un engagement fort en faveur de la recherche médicale et des innovations thérapeutiques, ainsi qu'une application souple, quand cela s'avère nécessaire, des règles internationales qui régissent la propriété intellectuelle, afin de garantir à tous les soins sanitaires de base nécessaires»²⁹.

f. Accompagner les malades du VIH/SIDA

Le Magistère de l'Église ne s'est pas limité à inviter les chrétiens à accueillir les malades du SIDA sans faire de discrimination à leur égard. Il les a aussi invités à mettre en oeuvre, vis-à-vis des malades du SIDA, le même accompagnement fraternel qui est pratiqué depuis toujours dans la tradition de

l'Église pour les autres maladies ou épidémies. L'accompagnement des malades du SIDA a revêtu une grande importance dans les premières années de la diffusion de l'épidémie, lorsqu'il était habituel de repousser ces malades, ou de les tenir en isolement, jusqu'à leur mort. La condition physique et morale de ces pauvres personnes était plutôt dramatique. Bien des chrétiens, à commencer par des religieux et religieuses dans les pays pauvres frappés par le SIDA, ont avec courage montré l'exemple dans le soin de ces malades, les visitant régulièrement et établissant des chaînes d'assistance pour être présent humainement, lorsqu'ils étaient abandonnés de tous, à commencer par leur propre famille.

Le Pape Jean-Paul II, dans son discours de septembre 1990 aux évêques du Burundi, à Bujumbura, évoqua dans les termes suivants le devoir moral d'accompagnement des malades du SIDA: «...je pense en même temps à l'assistance psychologique et spirituelle qui ne doit pas faire défaut aux malades en phase aiguë ni aux porteurs de virus. Ceux-ci ont souvent tendance à se replier sur eux-mêmes dans un silence angoissé. Ils ont besoin d'une présence fraternelle pour avoir le courage d'assumer leur condition»³⁰.

L'accompagnement du malade du SIDA est demandant, parce qu'il doit aller au-delà de la personne malade, pour venir à la rencontre de leur famille, et pour prendre en charge le destin des «orphelins du SIDA». Il s'agit d'une tâche qui demande don de soi et esprit de service, comme le présentait Jean-Paul II aux évêques du Burundi: «Que les disciples du Christ crucifié se tiennent avec amour au pied de la croix que portent ces pauvres-là, auxquels le Sauveur a voulu s'identifier. Et il faudra beaucoup de générosité aux communautés chrétiennes pour soutenir les familles brisées par la maladie d'un de leurs membres et pour prendre en charge des enfants privés de leurs parents»³¹.

Le Pape Benoît XVI, répondant aux demandes des journalistes durant son voyage vers le Cameroun, le 17 mars 2009, a redit cette sollicitude de l'Église pour les malades souffrant du SIDA, sollicitude qui se concrétise dans l'accueil donné

par les hôpitaux et dispensaires catholiques présents dans le monde entier et plus spécialement dans les pays plus touchés par l'épidémie, et aussi dans l'action généreuse de tant de mouvements catholiques: répondant au journaliste Philippe Visseyrias de France 2, qui mettait en question l'action de l'Église en faveur des personnes affligées du SIDA, le Pape a dit: «Je dirais le contraire: je pense que la réalité la plus efficace, la plus présente sur le front de la lutte contre le sida est précisément l'Église catholique, avec ses mouvements, avec ses différentes réalités. Je pense à la Communauté de Sant'Egidio qui accomplit tant, de manière visible et aussi invisible, pour la lutte contre le sida, aux Camilliens, et tant d'autres, à toutes les sœurs qui sont au service des malades»³².

Puis il a ajouté un peu plus tard, comme objectif dans la lutte contre la maladie: «La solution ne peut se trouver que dans un double engagement: le premier, une humanisation de la sexualité, c'est-à-dire un renouveau spirituel et humain... le deuxième, une véritable amitié également et surtout pour les personnes qui souffrent, la disponibilité, même au prix de sacrifices, de renoncements personnels, à être proches de ceux qui souffrent. Tels sont les facteurs qui aident et qui conduisent à des progrès visibles. Je dirai donc cette double force de renouveler l'homme intérieurement, de donner une force spirituelle et humaine pour un juste comportement à l'égard de son propre corps et de celui de l'autre, et cette capacité de souffrir avec ceux qui souffrent, de rester présents dans les situations d'épreuve. Il me semble que c'est la juste réponse, et c'est ce que fait l'Église, offrant ainsi une contribution très grande et importante»³³.

2. Le magistère de l'Église et la prévention de la transmission du VIH/SIDA

L'accueil du malade atteint par le SIDA est donc le premier point de préoccupation du Magistère de l'Église. Le second point, qui ne lui est pas inférieur en importance et en urgence, est celui de la prévention de l'infection. Tandis que l'Église laisse la question du trai-

tement du VIH/SIDA aux mains des experts et des médecins, car ce n'est pas là son domaine d'expertise et de responsabilité, elle se sent poussée avec force à intervenir avec clarté et sens de responsabilité dans le domaine de la prévention, parce qu'un tel domaine a à voir avec le comportement social et moral de l'homme, c'est-à-dire avec le sujet même des préoccupations de l'Église, «experte en humanité».

Le VIH-1 se transmet par trois voies diverses: par le sang, de façon accidentelle ou dans le cadre de la toxico-dépendance, par contact sexuel, et «verticalement», de mère à enfant au cours de l'accouchement. La prévention de la transmission vise donc chacun de ces trois modes de transmission.

En ce qui concerne la prévention de la transmission accidentelle du virus par transfusion de sang contaminé, comme dans le cas des hémophiles, il s'agit d'une transmission dans le cadre d'un processus médical, qui ne pose pas d'autre problème éthique que celui des carences possibles dans la sélection des donneurs de sang ou de plasma et dans le contrôle des échantillons recueillis.

La transmission du virus VIH par usage de seringues ou aiguilles contaminées, dans le cadre de la toxicomanie, pose le problème de la toxicomanie elle-même et des politiques adoptées pour la limiter. Il existe un certain parallèle entre les politiques qui se limitent à encourager les toxicodépendants à ne pas utiliser la même seringue lorsqu'ils prennent de la drogue en groupe, et les politiques qui se limitent à proposer l'usage du préservatif dans le cadre du soi-disant «sexe sûr». Dans les deux cas il s'agit de mesures palliatives qui maintiennent la personne concernée dans ses habitudes nocives - recours à la drogue, au sexe, ou aux deux conjugués, dans une espèce d'esclavage accepté, sinon directement recherché.

La transmission du virus de mère à enfant durant la grossesse et surtout durant l'accouchement est aujourd'hui l'objet d'une prévention effective, même dans les pays les plus pauvres. Cette prévention ne pose de problèmes éthiques que par son absence, lorsqu'elle n'est pas faite ou lorsqu'elle est faite insuffisamment ou trop tardivement.

Le problème principal, aujourd'hui, dans la prévention de la transmission du VIH regarde la transmission sexuelle du virus, initialement très liée à la pratique de l'homosexualité, aujourd'hui très largement étendue à l'hétérosexualité, et qui demeure importante en dépit des efforts des autorités sanitaires de mettre des préservatifs à la disposition de tous, dans le monde.

L'Église s'est préoccupée des trois modes de transmission du virus VIH, mais à des niveaux divers. Tous sont d'accord pour reconnaître que la lutte contre la transmission accidentelle du virus par le sang contaminé doit se faire à la racine, c'est à dire qu'elle passe par un contrôle soigneux du sang et des produits dérivés obtenus des donneurs. Tous sont aussi d'accord pour reconnaître que la véritable prévention de la transmission du virus VIH dans le champ de la toxicodépendance est de porter le toxicomane à sortir de sa dépendance. Mais tous ne sont pas d'accord sur le meilleur mode de prévenir la transmission sexuelle du VIH. L'Église s'est de ce fait davantage préoccupée de la transmission sexuelle du VIH. De plus, une telle transmission au travers de rapports sexuels concerne la majeure partie des cas d'infection à VIH dans le monde, et la presque totalité des cas dans l'Afrique subsaharienne.

a. Aspect médico-sanitaire de la transmission sexuelle du VIH

En l'absence d'une vaccination effective, et étant donnée l'inefficacité des divers agents antiviraux à application locale qui ont été testés l'un après l'autre au long des années, les moyens proposés par les instances sanitaires pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH ont été fréquemment limités à la recommandation d'utiliser le préservatif masculin dans les relations sexuelles à risques (le préservatif féminin est aussi recommandé par les mêmes autorités, mais est d'application plus limitée). Le Magistère de l'Église a manifesté depuis le début de l'épidémie du VIH/SIDA son désaccord vis à vis de telles propositions, pour une série de raisons:

– l'utilisation du préservatif est incompatible avec les valeurs de la

sexualité humaine, dans le cadre du mariage chrétien;

- l'utilisation du préservatif, dans le cadre du «sexe sûr», loin de conduire à l'abandon du comportement sexuel erroné responsable de la transmission du VIH, encourage au contraire la personne concernée à persister dans ce comportement;

- l'utilisation du préservatif peut avoir un effet paradoxal, pervers, aggravant le taux de transmission sexuelle du VIH dans les populations concernées;

- la prévention basée sur le préservatif, même lorsqu'elle est efficace, est une prévention du type palliatif, bouche-trou, à court terme, qui ne résout pas le problème de fond.

a.1 L'Église considère le préservatif comme un moyen incompatible avec les valeurs de la sexualité humaine dans le cadre du mariage chrétien

Le préservatif, qu'il soit masculin ou féminin, utilisé en tant que barrière mécanique pour prévenir le passage du VIH d'un partenaire à l'autre durant l'acte sexuel, sépare les deux dimensions indissociables de l'acte conjugal, tel qu'on le considère dans le mariage chrétien, union et procréation. C'est cette séparation qui fait perdre à l'acte conjugal son «sens d'amour mutuel et vrai»³⁴, quelle que soit la rectitude d'intention des époux. Il s'en suit que son utilisation comme prophylactique contredit objectivement (*Humanae Vitae* n°12) les valeurs de la sexualité exprimées dans le mariage chrétien. Il ne s'agit pas ici d'un jugement basé sur l'effet contraceptif du préservatif – qui n'entre pas dans cette discussion, si ce n'est comme une conséquence indirecte et éventuellement non voulue de l'usage du préservatif comme prophylactique – il s'agit d'un jugement fait sur la séparation objective des deux dimensions de l'acte conjugal. Ceci explique pourquoi l'Église considère que l'utilisation du préservatif dans l'acte conjugal, quelle que soit l'intention des usagers – contraceptive ou protectrice contre les maladies sexuellement transmises – est incompatible avec les valeurs de la sexualité honorées dans le mariage chrétien. Le bienheureux Jean-Paul II, dans son discours de novembre 1989 au Conseil Pontifical pour la

Pastorale des Services de la Santé, qualifiait ainsi la prévention de la transmission sexuelle du VIH par le préservatif: «...il apparaît blessant pour la dignité humaine, et donc moralement illicite, de développer une prévention du Sida basée sur le recours à des moyens et des remèdes qui violent le sens authentiquement humain de la sexualité...»³⁵.

L'Archevêque de Washington, le Cardinal Theodore McCarrick, dans une déclaration faite le premier avril 2003, a bien exprimé cette incompatibilité entre l'usage du préservatif et l'expression de l'amour des époux: «l'usage des préservatifs contredit notre compréhension de l'union sexuelle comme expression de l'amour des époux au travers d'un don mutuel et total de soi»³⁶.

a.2 L'opposition de l'Église à la prévention basée sur le «sexe sûr»

Les réserves de l'Église vis-à-vis de l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention de la transmission sexuelle du VIH vise avant tout la propagande faite par les services de lutte contre le SIDA en faveur du «safe sex» – sexe sûr –, c'est-à-dire à la pratique de relations sexuelles rendues moins risquées au regard de la contamination par le VIH, grâce à l'utilisation du préservatif dans toutes les unions sexuelles³⁷.

Par exemple, les évêques des États-Unis, dans leur document sur le SIDA publié en décembre 1987, ont manifesté leur opposition aux politiques de prévention basées sur l'utilisation du préservatif non pas à cause de l'effet contraceptif du dispositif, mais parce qu'il s'agit d'une «proposition trompeuse» qui permet aux personnes impliquées dans l'épidémie et sa diffusion, de persévérer dans les habitudes sexuelles qui ont causé l'épidémie de VIH/SIDA. Selon les évêques, loin de pouvoir offrir une espérance d'extirpation du VIH, le «sexe sûr» consacre la permanence de la maladie dans le tissu social: «C'est pour cela que nous sommes opposés à l'approche (de prévention) du SIDA souvent appelée en langage commun «sexe sûr». Cette voie compromet la sexualité humaine – rendant «sûre» la promiscuité – et, en fait, est plutôt trompeuse»³⁸.

La même condamnation du «sexe sûr» a été portée par la Conférence Épiscopale des Philippines, dans une lettre pastorale publiée le 23 janvier 1993. Les raisons de cette condamnation sont les mêmes que celles présentées par la Conférence Épiscopale des États-Unis: les évêques des Philippines voient dans cette politique un «échappatoire» qui ne résout pas le problème qui est à l'origine de l'épidémie et l'alimente, c'est-à-dire le comportement sexuel erroné qui cause la transmission du VIH. Les évêques écrivent: «La dimension morale du problème du sida nous pousse à considérer de façon très négative la distribution de préservatifs comme approche du problème. Nous croyons qu'une telle approche est simpliste et qu'elle est une dérobade. L'État risque de tomber dans l'erreur de la complaisance en laissant croire qu'une solution adéquate a été trouvée»³⁹.

La même condamnation du préservatif a été présentée par la Conférence Épiscopale des évêques d'Afrique du Sud le 30 juillet 2001, dans une déclaration intitulée «A message of hope»⁴⁰, où ils disaient: «De nombreuses personnes et en particulier des gouvernements promeuvent les préservatifs pour la prévention du SIDA. Ceci est matière de grande préoccupation pour nous dans l'Église... La promotion et la distribution de préservatifs comme moyen pour jouir du soi-disant «sexe sûr» contribue à rompre la fibre morale de nos nations, parce qu'elle donne un faux message aux gens»

a.3 Les campagnes en faveur de l'usage du préservatif peuvent avoir un effet pervers, contraire à la prévention

Une autre raison, qui pousse l'Église à repousser la proposition de la prévention du VIH/SIDA basée sur le recours au préservatif, est qu'un tel usage pourrait avoir un effet contraire à ce qui est recherché, à cause du sentiment de «fausse sécurité» qu'il procure.

La promotion du préservatif tournerait dans de telles conditions à une promotion non voulue des modèles de comportement sexuel qui sont à la racine de l'épidémie. C'est ce qu'a ainsi exprimé le Pape Jean-Paul II lors de sa rencontre

avec les représentants du corps diplomatique à Dar Es-Salaam le premier septembre 1990: «Plus néfastes encore sont les campagnes qui promeuvent de façon implicite – par leur absence de contenu moral et la fausse sécurité qu’elles offrent – les modèles mêmes de comportement qui ont grandement contribué à l’expansion de cette maladie»⁴¹.

Le Saint-Père Benoît XVI a repris dans le même sens cet enseignement de Jean-Paul II. Interrogé en mars 2009 par les journalistes en ce qui concerne la position de l’Église dans la lutte contre le SIDA, le Pape a répondu: «Si l’on n’y met pas l’âme, si les Africains n’aident pas, on ne peut pas résoudre ce fléau par la distribution de préservatifs: au contraire, ils augmentent le problème...»⁴²

À peine prononcée, cette réplique du Saint-Père sur le préservatif fit le tour du monde, déclenchant des réactions variées. Une lettre d’Edward C. Green et de Normann Hearst, experts de la lutte contre le SIDA en Ouganda, au journal *The Lancet* ⁴³ mit fin à la polémique, montrant que le discours du Pape sur l’effet très relatif du préservatif dans l’épidémie à VIH/SIDA était juste, au moins en ce qui concerne l’Afrique subsaharienne.

En fait, non seulement les préservatifs n’offrent pas une protection totale contre la transmission sexuelle du VIH, mais ils peuvent aussi accroître la diffusion de l’infection dans une population, si le fait de les rendre disponibles à cette population encourage la principale cause de la diffusion de cette infection: la promiscuité sexuelle. La publicité qui accompagne les campagnes de promotion des préservatifs peut en effet favoriser cette promiscuité en donnant l’impression qu’elle est quelque chose de normal. Elle pourrait de plus avoir un effet contraire à la prévention qui est recherchée. C’est du moins ce qu’ont laissé entendre des chercheurs de l’*University College Medical School* de Londres, se référant aux résultats de prévention des dommages corporels dus aux accidents de la circulation par l’usage des ceintures de sécurité sur les véhicules automobiles⁴⁴. En Grande Bretagne, la publicité faite lors de la

promotion de ces ceintures a eu en effet des conséquences négatives, provoquant une augmentation du nombre des victimes dans les accidents de la circulation, à cause du sentiment de sécurité que cette publicité avait associé à l’usage des ceintures. Le même phénomène de la «*compensation du risque*», qui se constate lorsqu’un dispositif de sécurité est introduit qui conduit à une perception de moindre risque, pourrait aussi jouer pour le préservatif, et la publicité promotionnelle faire autour de ce dispositif, comme le font observer N. Hearst et S.B. Hulley⁴⁵, du *Center for AIDS Prevention Studies* de l’Université de Californie, à San Francisco. La promotion du préservatif, spécialement cette promotion qui s’adresse aux personnes jeunes, pourrait porter ces personnes à accroître leur activité sexuelle «ludique» ou à prendre plus de risques dans cette activité, par exemple dans le choix et le nombre des partenaires. Ceci annulerait l’effet protecteur du préservatif, ou même aggraverait le risque de transmission du VIH. Cela serait l’«interaction négative» dont parle N.Hearst⁴⁶, qui ajoute: «La promotion des préservatifs pourrait faire plus de mal que de bien si les jeunes optent pour le préservatif plutôt que pour l’abstinence, en particulier si l’usage du préservatif est inconsistant dans les milieux où la transmission est diffuse».

Un tel effet «pervers» de la promotion du préservatif a été montré par exemple par I. Levin et collaborateurs⁴⁷ dans la prévention de la contamination sexuelle par le VIH en milieu militaire: l’usage du préservatif par les sujets lors de leurs rencontres homosexuelles non seulement ne prévenait pas dans leur série l’infection au VIH, mais semblait même statistiquement la faciliter, ce qui suggérerait aux auteurs que les militaires qui avaient recours à ce dispositif, se croyant protégés, multipliaient partenaires et expériences sexuelles de tous types, accroissant le risque de transmission, et donc la transmission elle-même.

L’interaction négative qui accompagnerait les campagnes de promotion du préservatif sous l’étiquette du «sexe sûr» pourrait expliquer une partie de l’insuccès des campagnes de prévention de l’épi-

démie VIH/SIDA en Afrique subsaharienne, basées exclusivement sur l’usage du préservatif. Dans un article très éloquent à cet égard, P. Kajubi *et al.* (2005)⁴⁸ ont étudié les effets de deux campagnes parallèles pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH, faites toutes deux à Kampala (Ouganda). Dans le premier groupe, de la promotion du préservatif, les participants ont accru le nombre de leurs partenaires par un facteur de 0,31, tandis que dans le second groupe, dans lequel il n’y avait pas de propagande pour l’usage du préservatif, les participants ont au contraire diminué le nombre de leurs partenaires par un facteur de 0,17. Dans ce cas, il est clair que la promotion du préservatif a aggravé la situation, en incitant les partenaires à prendre plus de risques dans leurs ébats. N.Hearst et S.Chen donnent des exemples convaincants du peu d’influence qu’a pu avoir sur les taux de transmission du VIH la distribution massive de préservatifs dans les populations, en Afrique subsaharienne: «Dans nombre de pays africains subsahariens d’importants taux de transmission du VIH se sont maintenus en dépit de l’utilisation importante des préservatifs. Au Botswana, par exemple, la vente de préservatifs passa de un million en 1993 à 3 millions en 2001, tandis que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes vivant en ville s’éleva de 27 pour cent à 45 pour cent durant la même période... Aucun exemple clair n’est apparu d’un pays qui aurait réussi à contrôler l’épidémie par la voie de la promotion des préservatifs»⁴⁹.

La conclusion de N. Hearst et S.Chen, sur la promotion du préservatif pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH est que «toutes les interventions doivent être conçues en sorte qu’elles ne fassent pas de dommages». Ces auteurs ajoutent: «Bien que l’utilisation des préservatifs ne soit pas dommageable en elle-même, la promotion de leur utilisation peut provoquer des dommages si elle absorbe les ressources qui auraient pu être appliquées à de meilleures stratégies, ou, pire, si elles coupent les jarrets aux efforts visant la réduction du nombre de partenaires ou le retard au début de l’activité sexuelle»⁵⁰.

a.4 La prévention par les préservatifs de la transmission sexuelle du VIH, même lorsqu'elle est effective, est une méthode de prévention à court terme, bouche-trou, qui ne résout pas à long terme le problème

Du fait que les campagnes en faveur du préservatif attribuent à ce dispositif le pouvoir de rendre «sûrs» les comportements sexuels qui alimentent la transmission sexuelle du SIDA, les politiques de prévention basées sur un tel usage pourraient conforter les usagers dans leurs comportements erronés, et, de ce fait, ne résolvent en rien le problème de la prévention à long terme de l'infection. C'est ce qu'a dit le Pape Jean-Paul II le 15 novembre 1989, lors de la conférence internationale promue par le Conseil Pontifical pour la Pastorale des Services de la Santé: «Une prévention... née d'une inspiration égoïste, de considérations qui font abstraction des valeurs prioritaires de la vie et de l'amour, finirait par devenir, non seulement illicite mais contradictoire, en contournant le problème au lieu de le résoudre dans ses racines»⁵¹.

C'est pourquoi le recours au préservatif pour réduire la transmission sexuelle du VIH n'est pas préventif, mais seulement palliatif, ainsi que l'a dit Jean-Paul II lors de la même assemblée internationale: «(ces moyens) sont un palliatif pour ces troubles profonds où est mise en cause la responsabilité des individus et de la société»⁵².

Non seulement ces politiques laissent intacte la racine de l'épidémie, mais encore elles finissent, à long terme, par assurer la permanence de l'épidémie du VIH dans la population, dans un état épidémiologique devenu chronique – ce que nous voyons aux États-Unis et en Europe. C'est cet argument qui est exposé par le Cardinal Javier Lozano Barragán, dans une déclaration faite le premier décembre 2004 à l'occasion de la journée mondiale du SIDA. Pour le Cardinal «ces politiques alimentent des modèles de vie et de comportement immoraux et hédonistes qui favorisent la diffusion du mal»⁵³.

Dans leur second document sur le SIDA, publié en janvier 1990⁵⁴, les évêques américains ont redit leur opposition à la prévention par

la pratique du «sexe sûr». Ils ont appuyé cette fois cette opposition sur le fait qu'une telle politique, donnant un sens de fausse sécurité, porte à une aggravation de l'attitude sexuelle de promiscuité, et donc à une perpétuation de l'épidémie dans la population: «Nous considérons (cette approche) comme une de ces solutions «bouche-trou» («Quick fixes») que le *Rapport de la Commission Présidentielle* déclare nourrir «un faux sens de sécurité, alors qu'il conduit en réalité à une extension plus ample de l'épidémie... Soutenir cette approche signifie, en effet, promouvoir un comportement qui est moralement inacceptable».

a.5 La discussion sur l'usage du préservatif dans le domaine de la prostitution et de la promiscuité sexuelle habituelle

En 1996, la «*Commission sociale de l'épiscopat*», en France, sous la présidence de l'évêque Albert Rouet, avait publié un livret intitulé: «*SIDA, la société en question*», qui développait certains aspects sociaux de l'épidémie, et qui consacrait, en fin du livret, quelques pages à la question du préservatif. Dans ces pages, l'auteur reprenait les objections à la politique de prévention basée sur l'usage de ce dispositif, principalement le fait que le préservatif, loin de porter à un changement salutaire dans les comportements sexuels qui sont à l'origine du SIDA, semblait encourager les usagers à persister dans ces comportements. Le texte déclarait en conséquence la proposition du préservatif comme non éducative pour la formation d'une sexualité adulte. Toutefois, il ajoutait que le recours au préservatif se comprenait «pour les cas où une activité sexuelle déjà intégrée à la personnalité» avait «besoin d'éviter un risque grave»⁵⁵. Cette phrase suscita une vive polémique. L'auteur faisait donc une distinction entre les personnes qui n'étaient pas tombées dans des habitudes sexuelles illégitimes, mais qui étaient potentiellement exposées au risque de la transmission sexuelle du VIH et les personnes qui étaient désormais habituées à des comportements sexuels immoraux. Pour les premières, l'invitation à utiliser un préservatif était

considérée comme une erreur parce qu'elle ne favorisait pas le développement d'une sexualité adulte, mûre; pour les secondes, au contraire, l'auteur considérait que ces personnes n'étaient pas prêtes à changer de comportement sexuel, et que, dans leur cas, l'usage du préservatif avait au moins un rôle protecteur contre la transmission sexuelle du VIH et, par suite, se justifiait.

Plus récemment, Martin Rhonheimer a repris l'examen de cet argument sur le caractère illicite de l'usage du préservatif dans les unions sexuelles immorales de la prostitution ou de la promiscuité sexuelle habituelle. Rhonheimer fait observer que le caractère illicite de l'usage du préservatif vaut pour une union dans le cadre du mariage chrétien, qui se veut respectueuse de valeurs déterminées de la sexualité humaine⁵⁶. Pour cet auteur, le jugement négatif de l'Église sur l'usage du préservatif ne regarde pas les situations qui n'entrent pas dans le cadre de la sexualité humaine honorée dans le mariage chrétien – comme l'adultère, la promiscuité sexuelle, les rapports homosexuels ou la prostitution, par exemple. À ces personnes qui pratiquent ou ont l'intention de pratiquer de telles activités, l'Église dit simplement de ne pas le faire. Selon Martin Rhonheimer, il n'y aurait pas grand sens à vouloir appliquer une norme de moralité propre au mariage chrétien à des situations qui sont hors de ce cadre.

La question posée par le document de la commission française, et examinée par M. Rhonheimer, pourrait trouver une réponse supplémentaire, si on la place sous la perspective de la responsabilité morale, comme l'ont fait les évêques des États-Unis dans leur déclaration de novembre 1987 sur le SIDA. Après avoir examiné en détail la question de la prévention du SIDA et exprimé leur opposition à l'approche du «sexe sûr», les évêques en sont venus à la question des responsabilités dans la transmission du virus, lorsque les personnes en cause sont «à risque» du fait de leur comportement sexuel, et ne partagent pas la vision chrétienne de la sexualité. Ils ont dit: «Si une personne choisit de ne pas vivre en accord avec cette signification (de la sexualité) ou abuse

des drogues, elle a toujours la grave responsabilité de ne pas porter atteinte à une autre personne. Il en découle que toute personne qui se trouve «à risque» d'avoir été exposée au virus du SIDA a la grave responsabilité morale d'assurer qu'elle n'expose personne au virus»⁵⁷.

Dans le livret préparé par la «Commission sociale de l'épiscopat», et intitulé «*SIDA, la société en question*», publié en 1996, et auquel il a été fait allusion plus haut, le théologien Xavier Lacroix avait préconisé, en réaction contre la politique sanitaire du «tout préservatif», et aussi contre la position opposée du «tout continence», une approche qui tiendrait plus compte de la situation concrète de la personne, sous forme d'une «trilogie» – préservatif, limitation du nombre de partenaires sexuels, continence. Dans cette perspective le recours au préservatif serait à considérer comme une première étape dans le processus de la prise de responsabilité. Une fois rejointe cette première étape, le sujet séropositif devrait être aidé afin qu'il arrive à comprendre la signification anthropologique de la sexualité et à réaliser ses responsabilités vis-à-vis des autres, passant alors à la seconde étape de responsabilité – la réduction du nombre des partenaires. L'ultime étape dans la prise de responsabilité serait la chasteté conjugale ou la continence pour les personnes non mariées. Dans le même livret, Olivier de Denichin, s.j., délégué de l'Épiscopat pour les questions morales regardant la vie humaine, considérerait l'usage du préservatif par les adolescents comme une «première étape dans le devenir responsable» pour ceux qui ne sont pas capables d'être continents⁵⁸. Pour X. Lacroix, comme pour O. De Dinechin, le but à rejoindre est d'accompagner les sujets à risque vers l'auto-contrôle et une sexualité responsable, le préservatif n'étant pas considéré comme un «moindre mal» mais comme le premier des gradins conduisant à la pleine prise de sa responsabilité. Cette approche, inspirée de la «loi de gradualité» exposée dans l'Exhortation Apostolique «*Familiaris Consortio*»⁶⁰, est effectivement valide si elle reste dans le cadre pastoral du principe de gradualité et ne sert pas à justifier l'usage cou-

rant du préservatif dans le cadre du «sexe sûr».

On sait que le Saint-Père Benoît XVI a récemment donné un exemple, qui correspond à ces considérations, dans le livre-entretien avec Peter Seewald intitulé «*Lumière du monde*» qui a été publié en décembre 2010. Commentant la question de la prévention du VIH/SIDA par le préservatif, le Saint-Père a dit: «Il peut y avoir des cas particulier justifiés, par exemple lorsqu'un prostitué use un préservatif, et cela peut être le premier pas vers une moralisation, un premier acte de responsabilité pour développer à nouveau la conscience du fait que tout n'est pas permis et que l'on ne peut pas faire tout ce que l'on veut»⁶¹.

Cette déclaration a provoqué de nombreuses réactions diverses, mais elle correspond aux enseignements de la théologie morale, comme le commentait la note émise par la Congrégation pour la Doctrine de la Foi à son sujet⁶². L'observation du Saint-Père nous donne deux enseignements:

– le premier est qu'il n'a pas fait référence dans cet exemple au caractère illicite de l'utilisation du préservatif, parce qu'il est sous-entendu qu'il ne s'applique pas aux unions de la prostitution dans lesquelles la procréation est, par principe, exclue (et encore moins, pour cette raison, à la prostitution masculine homosexuelle).

– Le second est que l'usage du préservatif dans l'exemple choisi est évalué de façon positive dans la situation déterminée du prostitué, à cause de l'acte de responsabilité que pourrait représenter un tel usage de sa part, en tant que contaminateur potentiel. Ce qui est évalué positivement ici n'est pas le fait d'utiliser le préservatif en tant que tel, mais «l'intention de réduire le risque de contamination». De plus cette évaluation positive est faite en considérant ce premier acte de responsabilité «comme un premier pas sur le chemin d'une sexualité vécue autrement, une sexualité plus humaine».

Le Saint-Père n'en a pas pour autant avalisé l'utilisation du préservatif. Il a clairement dit que «Elle (l'Église catholique) ne la considère pas comme une solution véritable et morale», ce qui vaut aussi pour l'utilisation du préservatif

pour la prévention du SIDA hors du cadre du mariage chrétien. L'exemple qu'il a donné n'était pas pour justifier de façon générale l'usage du préservatif, mais pour indiquer qu'il y avait des cas où on pouvait considérer un tel usage de façon positive, s'il était inspiré par le souci de ne pas contaminer les autres.

b. Aspect humain, social et moral de la prévention

L'Église a considéré, depuis le début de l'épidémie du VIH/SIDA, comme une erreur le type purement sanitaire de prévention que les autorités de la Santé ont adopté devant la diffusion de l'épidémie. C'est ainsi que le 8 mai 1987, durant la 40ème assemblée de l'Organisation Mondiale de la Santé, Mgr Justo Mullor, Nonce Apostolique, Observateur Permanent auprès du Bureau des Nations Unies à Genève, avait déjà proposé à l'OMS de dépasser, dans son souci de la prévention du VIH/SIDA, le niveau strictement sanitaire pour s'occuper aussi de la cause humaine de l'épidémie, c'est-à-dire de la dégradation morale de l'homme: «Ma délégation se déclare avant tout d'accord avec l'idée qu'il ne suffit pas de prendre des mesures cliniques pour mettre un frein à cette maladie. L'étroit rapport qui existe entre sa diffusion et la sphère de la sexualité humaine et entre celle-ci et le domaine des relations interpersonnelles exige en effet que, dans l'étude de sa prévention et dans le combat pour l'extirper, soient prises en compte les dimensions psychiques, éthiques et sociales du problème. Une des leçons éthiques du «phénomène SIDA»... est que le nouveau virus interpelle, pas seulement la science, mais aussi la conscience des hommes... On a besoin de promouvoir une «écologie humaine». Il ne suffit pas de s'occuper de la flore et de la faune. Sans tomber dans des moralismes stériles et hypocrites, il est aussi nécessaire de s'occuper et de se préoccuper de la détérioration morale de l'homme»⁶³.

Le message pastoral des évêques du Canada, publié en juin 1989, exprime bien ce point de vue. Les évêques y déclaraient: «Quant à nous, nous sommes conscients que les responsables de la santé pu-

blique doivent chercher les solutions les plus efficaces pour freiner l'épidémie. Mais nous nous permettons de faire remarquer que les deux formes de prévention envisagées restent encore en deçà des véritables causes du problème. Les ajustements de niveau technique n'atteignent pas le lieu précis où s'enracine le problème...La rapide propagation du SIDA vient obliger notre société à réviser tout un courant de banalisation de la sexualité»⁶⁴.

Ces considérations ont été reprises par Jean-Paul II dans son discours aux évêques du Burundi, à Bujumbura, le 5 septembre 1990. Le Pape a dit: «Informer sur les risques d'infection et organiser une prévention d'un point de vue strictement médical, cela ne serait pas digne de l'homme si on ne l'appelait pas à retrouver les exigences de la maturité affective et d'une sexualité ordonnée»⁶⁵.

Dans son discours du 15 novembre 1989 aux participants à la conférence internationale promue par le Conseil Pontifical pour la Pastorale des Services de la Santé, le Pape Jean-Paul II a indiqué où devait être, à son avis, les objectifs concrets d'une prévention, pour être efficace: «...il faut en premier lieu redire avec insistance que l'oeuvre de prévention doit, à la fois, être respectueuse de la dignité de la personne humaine et vraiment efficace, en se proposant deux objectifs: une information adéquate et une éducation à la maturité responsable»⁶⁶.

Informé et éduqué: voici les deux moyens privilégiés par le Pape pour permettre aux jeunes de se défendre contre les tentations d'une sexualité erronée, ouverte à la contamination par le VIH.

b.1 L'information

La prévention du VIH/SIDA commence donc par la transmission d'une information correcte sur les modes de transmission du VIH et l'évolution de l'infection, afin d'éviter les peurs inutiles et de dissiper les fausses certitudes. Le Pape Jean-Paul II a nettement indiqué les qualités que devait avoir cette information: «Avant tout, il faut que l'information impartie dans les milieux adéquats soit correcte et complète, au-delà des peurs immotivées et de fausses espérances»⁶⁷.

Il ne s'agit donc pas d'épouvanter les personnes, mais de leur faire comprendre les risques qu'elles courent, et aussi les limites de ces risques.

b.2 L'éducation

L'information ne suffit pas. Il faut éduquer, et éduquer en particulier les jeunes, qui sont l'espérance des pays en voie de développement, et qui constituent en même temps la proie privilégiée de l'épidémie VIH/SIDA, dès qu'ils entrent dans les premières relations sexuelles. L'éducation de ces jeunes doit viser à les porter à la maturité sexuelle et affective, comme l'a souligné le Pape Jean-Paul II dans son allocution du 15 Novembre 1989 au Congrès de Rome sur le SIDA promu par le Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé. Il s'agit d'éduquer les jeunes pour leur faire découvrir le sens fondamental de l'existence qui est dans l'amour qui se donne: «La dignité personnelle de l'homme exige qu'on l'aide à croître dans une maturité affective, grâce à une action éducative spécifique. Ce n'est que par une information et une éducation qui conduisent à faire retrouver, avec clarté et joie, la valeur spirituelle de l'amour-qui-se-donne comme sens fondamental de l'existence, que les adolescents et les jeunes trouveront la force nécessaire pour surmonter les comportements à risque».

L'éducation sexuelle doit donc être une préparation à l'amour responsable et fidèle: «Éduquer à vivre d'une manière sereine et sérieuse sa propre sexualité et préparer à l'amour responsable et fidèle sont les aspects essentiels de ce chemin vers la pleine maturité personnelle».

C'est une telle éducation à l'amour responsable que la Commission Nationale de Bioéthique de la Conférence Épiscopale du Chili a opposée aux programmes de prévention qui privilégient l'usage du préservatif, dans une déclaration diffusée le 27 novembre 2003⁷⁰. La commission déclarait: «Nous considérons que le plus important est de proposer une éducation sexuelle qui mette en relief la dignité humaine, intégrant l'exercice d'une sexualité dans un contexte d'amour vrai avec tout ce que cela implique en fidélité, maîtrise de soi, capacité de veiller à, de désirer

et de promouvoir le vrai bien de la personne que l'on aime».

b.3 Une éducation à la chasteté

L'éducation à l'amour responsable est en fait une éducation à la chasteté, c'est-à-dire à une sexualité mûre et responsable, capable d'auto-contrôle, fidèle, et qui trouve sa plénitude dans l'auto-donation réciproque. C'est ce que l'encyclique *Evangelium Vitae* (25/3/1995), reprenant «*Familiaris Consortio*», a rappelé dans les termes suivants: «On ne peut donc pas se dispenser de proposer, surtout aux adolescents et aux jeunes, une authentique éducation à la sexualité et à l'amour, une éducation comprenant la formation à la chasteté, vertu qui favorise la maturité de la personne et la rend capable de respecter le sens «sponsal» du corps»(*Evangelium Vitae* n°97).

Lorsque l'on se pose la question du type d'éducation sexuelle qu'il faut donner pour prévenir le SIDA, on se place souvent dans une perspective négative: comment faire pour ne pas attraper le SIDA? À cette question il n'y a qu'une réponse possible qui ne soit pas trompeuse: adopter un comportement chaste, se préparer au vrai amour et à se donner au futur conjoint en conservant son corps pour ce moment: «La chasteté est l'affirmation joyeuse de qui sait vivre le don de soi, libre de tout esclavage de l'égoïsme. Cela suppose que la personne ait appris à faire attention aux autres, à se mettre en rapport avec eux en sachant respecter leur dignité dans leur diversité. La personne chaste n'est pas centrée sur elle-même, et n'a pas de rapports égoïstes vis-à-vis des autres. La chasteté rend la personnalité harmonieuse, la fait mûrir et la remplit de paix intérieure»⁷¹.

C'est ce message que le Pape Jean-Paul II a présenté avec régularité au monde dans ses interventions sur le SIDA. La rencontre plus significative que Jean-Paul II a eu avec l'épidémie VIH/SIDA a peut-être eu lieu en Ouganda que le Pape visita en février 1993. L'Ouganda, qui avait alors une population catholique à 44%, était un des pays les plus affligés au monde par le SIDA, avec 1,5 million de personnes infectées par le virus VIH, 35,000 malades du SIDA et 1,5

million d'orphelins à cause du SIDA. Après avoir visité les malades du SIDA à l'hôpital Nsambya, le Pape s'adressa le 6 février 1993 à 30.000 jeunes réunis dans le stade Nakivubo, à Kampala. Dans son allocution le Pape n'a pas directement parlé du SIDA. Mais en fait, tout son discours avait ce sens, puisqu'il s'agissait d'un vigoureux plaidoyer pour la chasteté. C'est l'abstinence de tout rapport sexuel avant le mariage qui est le seul moyen pour mettre fin à la plaie du SIDA, a dit Jean-Paul II: « Ne vous laissez pas tromper par les mots vides de ceux qui tournent en ridicule la chasteté ou votre capacité à vous maîtriser. La force de votre futur amour conjugal dépend de la force de votre effort actuel pour apprendre le véritable amour, une chasteté qui implique que l'on s'abstienne de tout rapport sexuel en dehors du mariage. *Le lien sexuel de la chasteté est l'unique manière sûre et vertueuse pour mettre fin à cette plaie tragique qu'est le SIDA*, que tant de jeunes ont contracté»⁷².

Le bienheureux Jean-Paul II a usé les mêmes termes lorsqu'il s'est adressé, le 8 septembre 1990, aux jeunes réunis dans le stade Amahoro de Kigali, au Rwanda. Le Pape a dit: «L'épidémie actuelle, vous le savez, est aussi l'occasion pour chacun de s'interroger sur ses *comportements sexuels*. Il est en effet des conduites qui dénaturent le sens même de la sexualité et multiplient les risques de l'épidémie. À tous, je voudrai dire que *l'amour humain se vit dans le mariage*. La fidélité et la chasteté, qui caractérisent le mariage chrétien, contribuent à renforcer la maîtrise de soi. Elles vont à l'encontre du libertinage sexuel qui, lui, augmente le danger de la contagion du SIDA. Vos efforts pour vivre l'amour humain selon le plan de Dieu, en personnes responsables, contribuent de manière plus juste et plus noble à lutter contre la propagation de l'épidémie»⁷³.

Le cardinal Javier Lozano Barragán, dans une déclaration faite le premier décembre 2004 à l'occasion de la journée mondiale du SIDA, a repris en ces termes cet appel à la chasteté fait par le Pape Jean-Paul II pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH: «J'invite la communauté inter-

nationale, les gouvernements en général et l'Église en particulier à promouvoir des campagnes de sensibilisation et d'éducation de la population, fondées non pas sur des politiques qui favorisent des modèles de vie et des comportements immoraux et hédonistes encourageant la propagation du mal, mais sur des références sûres et d'authentiques valeurs humaines et spirituelles susceptibles de générer une éducation et une prévention pertinentes en faveur de la culture de la vie et de l'amour responsable; la vertu de chasteté se révèle comme la plus importante dans la prévention efficace contre le sida»⁷⁴.

b.4 Intensifier la solidarité de la famille

Comme la transmission sexuelle du VIH est liée généralement à l'exercice de la sexualité hors du mariage, et qu'un tel comportement a été très encouragé de nos temps, au moins dans les pays industrialisés, par les changements culturels de la dite «révolution sexuelle», tout effort pour renforcer la famille et promouvoir les valeurs familiales contribue à la prévention du VIH/SIDA. Le Cardinal Javier Lozano Barragán, Président du Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé, a souligné l'importance des politiques en faveur de la famille dans la prévention du VIH/SIDA, dans le message qu'il a adressé le premier décembre 2005 à l'occasion de la journée mondiale du SIDA: «La transmission sexuelle ...est grandement favorisée par une sorte de culture pansexuelle qui dévalue la sexualité, la réduisant à un simple plaisir, sans autre signification. La prévention radicale dans ce domaine doit venir d'une conception et d'une pratique sexuelle droites, où l'activité sexuelle se comprend dans sa signification profonde comme expression totale et absolue d'un don d'amour fécond. Cette totalité nous conduit à l'exclusivité de son exercice dans le mariage, unique et indissoluble. La prévention sûre dans ce domaine est donc de renforcer la solidarité de la famille»⁷⁵.

Dans son intervention à l'Assemblée Générale des Nations Unies, le 2 juin 2006, à New York, le Cardinal Javier Lozano Barragán a parlé à nouveau du rôle de la famille

dans la prévention du VIH/SIDA, mais, cette fois, du point de vue de l'éducation aux valeurs: «En ce qui concerne la prévention», a dit le Cardinal, «nous insistons sur la formation et l'éducation à des comportements visant à éviter la pandémie. Nous sommes conscients que le rôle de la famille dans le domaine de la formation et de l'éducation est indispensable et efficace»⁷⁶.

b.5 Favoriser le changement de comportement sexuel

L'Église s'est toujours faite l'avocate, comme méthode plus efficace de prévention de l'épidémie VIH/SIDA, d'inviter les personnes concernées par l'épidémie à changer leur comportement sexuel. Un tel changement devient possible lorsqu'il se trouve porté en avant par une information adéquate, une sensibilisation régionale au problème et l'appui des autorités. Ceci était le point principal dans la déclaration des évêques des États-Unis en 1987, «*The many Faces of AIDS*». Les évêques y déclaraient: «...nous croyons que la meilleure source de prévention pour les individus et la société peut seulement venir d'une compréhension authentique et pleinement intégrée de la personnalité humaine et de la sexualité... Nous sommes convaincus que les seules mesures qui préviendront présentement de façon effective cette maladie sont celles conçues pour éduquer et changer le comportement»⁷⁷.

Le Saint-Père Benoît XVI, dans son message du premier janvier 2009 pour la célébration de la XLII^{ème} journée mondiale de la Paix, a consacré tout un passage au SIDA et à sa prévention. Le Pape a souligné l'importance à ce point de vue des campagnes pour l'éducation des jeunes à une sexualité digne de la personne humaine: «Il faut en premier lieu mettre en oeuvre des campagnes qui éduquent, surtout les jeunes, à une sexualité qui soit conforme à la dignité de la personne; des initiatives réalisées en ce sens ont déjà obtenu des résultats significatifs, en faisant diminuer la diffusion du VIH»⁷⁸.

La réflexion du Pape sur cette «diminution de la diffusion du VIH» est passée relativement inaperçue. Pourtant, elle faisait référence à des faits importants, malheureusement encore largement

ignorés aujourd'hui. Ces faits sont les suivants: dans certains des pays où l'épidémie du VIH/SIDA sévisait plus fortement, on a observé une réaction salubre de la population, caractérisée par une diminution des rapports sexuels extra-matrimoniaux, une diminution du nombre de partenaires sexuels, et un retard dans l'âge des premiers rapports sexuels, chez les jeunes. Ces changements ont été d'abord et principalement observés en Ouganda⁷⁹. Ce pays est devenu de ce fait l'exemple désormais classique de ce que peut donner une vigoureuse politique gouvernementale de prévention de l'infection VIH/SIDA, basée sur le changement de comportement sexuel des individus. La prévalence du VIH-1 dans ce pays qui avait atteint les 14% en 1991, a progressivement décliné pour s'abaisser chez les adultes (15-49 ans) à 5,1% en 2001 (520.000 personnes vivant avec le VIH-1), puis 4,1% en 2003 (450.000 personnes vivant avec le VIH-1)⁸⁰. Il a été amplement prouvé et confirmé, particulièrement par les médecins impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne (E.C.Green *et al.*, 2006)⁸¹, que le déclin dans la prévalence du VIH-1 en Ouganda est venu de la promotion par le gouvernement de ce pays de la politique du «*zero grazing*» (fidélité conjugale, réduction du nombre de partenaires)⁸², c'est-à-dire un programme «ABC» dans lequel l'insistance était placée sur les deux premiers termes (*Abstain, Be faithful*), le troisième (*use a condom*) étant laissé à part dans la campagne gouvernementale, parce que, selon le Président Yoweri Museveni, les préservatifs encouragent la promiscuité sexuelle sans garantir la sécurité de ne pas être contaminé⁸³. L'Ouganda est, certes, un cas historique. Mais d'autres pays africains ont suivi son exemple, comme le Zimbabwe et le Kenya⁸⁴. Par contraste, la politique basée sur la seule promotion du préservatif suivie en Afrique du Sud durant la même période n'a donné d'autre résultat qu'un accroissement de la prévalence du VIH-1 dans ce pays, déjà très infecté par le virus⁸⁵.

b.6 La «promotion de la santé» chez les jeunes

Les initiatives pour prévenir

l'infection par le VIH en portant les personnes à risque à changer de comportement sexuel ont souvent pris la forme, en Afrique, avec les groupes de jeunes, de la «promotion de la santé», un concept positif, qui rend davantage que la simple «information pour faire peur»⁸⁶. Ce sont ces méthodes qui ont été expérimentées avec succès chez des jeunes en Ouganda, Tanzanie et Nigeria. Se sont ainsi créés dans ces pays, avec le support de l'Eglise, particulièrement de religieuses et religieuses, des groupes appelés «*True love Wins*» au Nigeria, «*Youth alive*» en Ouganda et en Tanzanie. Les jeunes s'y retrouvent pour échanger, faire ensemble du sport, de la musique ou une autre activité de support, et s'y engagent à prendre les moyens pour ne pas se laisser infecter par le VIH, ce qui revient à ne pas avoir de rapports sexuels avant le mariage⁸⁷. Le fait que ces groupes non seulement existent, mais encore se sont développés en attirant un nombre croissant de jeunes malgré la difficulté de ce à quoi ils se sont engagés, et en l'absence de tout soutien financier, est un signe très encourageant.

3. La question des couples sérodiscordants

Le nombre des couples «sérodiscordants» (un des époux vit avec le VIH et est séropositif, l'autre n'a pas été infecté et est séronégatif) augmente continuellement. Des données récentes suggèrent qu'en Afrique subsaharienne, une personne sur deux infectée par le VIH et qui vit en couple, a un partenaire sérodiscordant⁸⁸, et qu'une grande partie des nouveaux cas d'infection par le VIH adviennent dans de tels couples (Guthrie BL *et al.*, 2007⁸⁹, De Walque D., 2007)⁹⁰, faisant de la sérodiscordance un contribuant majeur dans la diffusion du VIH en Afrique. Cette nouvelle situation demande à ce que l'on porte une attention renouvelée à la prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH dans de tels couples⁹¹.

La découverte d'une séropositivité VIH chez un des conjoints, dans un couple stable, tandis que l'autre conjoint n'a pas été contaminé par le VIH et est séronégatif, pose immédiatement la question de

l'arrêt de tout rapport sexuel dans ce couple «sérodiscordant», car ceux-ci ne peuvent qu'aboutir, tôt ou tard, à la contamination VIH du conjoint non infecté jusqu'ici. Pour pouvoir continuer malgré tout à avoir des rapports sans risquer la transmission du virus, le couple devra avoir recours au préservatif lors de tous ces rapports, ce qui signifie d'ailleurs qu'il ne pourra avoir d'enfants. Cette obligation d'abstinence ou de rapports uniquement avec préservatif est présentée quasi comme une obligation morale, la santé – sinon la vie elle-même du conjoint séro-négatif s'y trouvant en jeu.

a. La question du recours au préservatif

Les objections formulées par le Magistère à l'encontre de l'usage du préservatif dans la prévention de la transmission sexuelle du VIH s'appliquent d'autant plus au cas des couples sérodiscordants, car ces couples sont non seulement stables et fidèles, mais encore souvent unis par le mariage chrétien, du moins en Afrique. En effet, l'usage d'un tel dispositif qui sépare la dimension unitive de la dimension procréative de l'acte conjugal va contre les valeurs du mariage chrétien.

La majorité des théologiens moralistes considèrent donc que le recours au préservatif de la part de ces couples sérodiscordants dans le cadre du mariage chrétien, est contraire à la chasteté voulue par ce lien, c'est-à-dire à une vie sexuelle de don réciproque sans manipulation et sans obstacle mis à la procréation⁹².

Les époux unis dans le mariage chrétien qui se découvriraient en situation de sérodiscordance devant les résultats d'un test fait de façon routinière, par exemple pour une surveillance prénatale, se trouvent donc devant une grave difficulté: d'un côté, ils ne peuvent avoir de rapports intimes sans protection, à cause du risque de transmission du VIH au conjoint séronégatif; de l'autre, la doctrine de l'Eglise sur le mariage les empêche d'avoir recours au préservatif qui leur permettrait d'avoir des rapports avec un risque minimum de transmission du VIH. Ces époux n'ont d'autre solution que l'absti-

nence, qui peut mettre en danger l'existence même du couple, ou la fidélité dans le couple.

Une telle abstinence était en fait spontanément observée par les couples sérodiscordants avant 1995, lorsque le VIH/SIDA, non traité, entraînait rapidement la personne infectée vers la mort, en particulier en Afrique subsaharienne. L'avènement de la thérapie antirétrovirale, et son utilisation de façon croissante en Afrique subsaharienne, a changé cette perspective. Aujourd'hui le conjoint séropositif reçoit généralement un traitement antirétroviral qui le maintient dans un état asymptomatique pour de longues années. Il se sent bien, fait des projets pour l'avenir, et désire vivre une pleine vie de couple, y compris avoir des enfants. Cette situation se heurte à la demande d'abstinence que lui fait l'Église.

Certains théologiens moralistes catholiques ont, au long des années, cherché à justifier l'usage du préservatif par ces couples. Déjà en novembre 1987 le document publié par la Conférence des Évêques catholiques des États Unis, *The many faces of AIDS, A Gospel Response*, avait soulevé une polémique parce qu'il semblait admettre, au nom du bien commun, les campagnes faites par les services sanitaires en faveur de l'usage du préservatif⁹³. Dans une note, le texte faisait à ce point de vue référence à la tradition casuistique de la tolérance du «mal mineur» pour rendre compte de sa position. Janet E. Smith⁹⁴, commentant cette note, répondait cependant que cet argument du mal mineur ne s'appliquait pas bien au cas de l'usage du préservatif et que la Conférence des Évêques des États-Unis devait clarifier sa position à cet égard. James Pollock⁹⁵, David Hollenbach⁹⁶, Michael D. Place (un des auteurs du document des Évêques américains) reprirent cet argument, de la «tolérance du mal mineur» pour justifier l'usage du préservatif dans les couples sérodiscordants. Mais cet argument, qui suppose l'existence d'une situation d'«impasse morale», avec deux maux prévisibles entre lesquels on cherche à éviter le pire⁹⁷, s'applique mal au cas du préservatif, vis-à-vis duquel il y a toujours la solution alternative de l'abstinence sexuelle, qui est d'ailleurs

plus sûre sur le plan de la prévention de la transmission du VIH.

Certains théologiens moralistes, comme James F. Keenan, S.J.⁹⁸, ont utilisé un raisonnement du type du «double effet» ou «volontaire indirect» pour légitimer le recours au préservatif considéré comme moyen d'auto-protection dans le couple sérodiscordant. L'effet contraceptif du préservatif dans un tel contexte serait à considérer comme indirect, non voulu, et, de ce fait, n'ayant pas d'incidence morale sur l'acte lui-même. Les moralistes catholiques, qui admettent le recours au préservatif dans un but de protection contre le VIH dans les couples sérodiscordants, continuent de recourir à cet argument⁹⁹. Mais un tel raisonnement n'entraîne guère la conviction parce qu'il y a toujours la possibilité pour le couple qui va accomplir un acte sexuel «à risque» de ne pas l'accomplir. De plus, le raisonnement du double effet s'applique seulement à ces cas dans lesquels le moyen utilisé pour accomplir l'action bonne est moralement neutre, et les conséquences moins bonnes de l'acte n'arrivent que comme conséquences indirectes de l'usage de ce moyen moralement neutre. Dans le cas du préservatif, l'effet bon recherché (protéger le conjoint) est obtenu au travers de l'effet illicite du préservatif qui sépare les deux significatifs de l'acte sexuel – union et procréation. Par suite, la casuistique du «double effet» ne semble pas applicable à ce cas.

D'autres théologiens moralistes, comme D.F. Kelly¹⁰⁰, ont soutenu que l'usage du préservatif pouvait être considéré comme licite parce qu'il s'agissait d'un usage préventif, de défense, et non d'un usage à but contraceptif. Martin Rhonheimer a repris cet argument¹⁰¹, en s'appuyant sur le fait qu'il est licite d'utiliser des produits pharmaceutiques qui ont un effet contraceptif lorsque ces produits sont utilisés pour une autre indication, de santé (*Humanae Vitae* n°15). Cette position a été toutefois contestée par le Rev. Benedict Guevin¹⁰², et, plus récemment par S.E. Mons. Jean Laffitte¹⁰³. En effet, on peut répondre à cet argument, basé sur l'intention du sujet que le choix fait par les conjoints d'utiliser le préservatif comme protection et

non à cause de son effet contraceptif, ne peut pas être considéré sur le même pied que le choix d'utiliser un produit à effet contraceptif pour une visée thérapeutique indépendante de la contraception. Le préservatif n'est pas en effet un moyen thérapeutique. De plus, comme le dit R.Guevin, le caractère licite d'un choix dépend non seulement de l'intention subjective de l'agent (dans notre cas le désir de prévenir la transmission du VIH), mais aussi de son intention objective, qui inclu le moyen utilisé. Comme l'usage du préservatif pour empêcher le passage du VIH est lié à son efficacité pour séparer les deux significatifs de l'acte sexuel, un tel usage est automatiquement illicite selon le paragraphe 12 de l'encyclique *Humanae Vitae*¹⁰⁴.

Il est clair toutefois que ce caractère illicite de l'usage du préservatif se rapporte à un acte conjugal accompli dans le cadre du mariage chrétien, et donc qui ne peut être scindé. Un tel jugement ne concerne pas les autres situations, qu'il s'agisse de couples unis par un mariage civil, ou vivant en simple concubinage.

Il faut aussi ajouter que le jugement sur l'illicéité de l'usage du préservatif dans un couple uni par le mariage chrétien doit tenir compte du degré de liberté qu'ont les conjoints de refuser un tel usage. Or cette liberté peut être réduite, ou même absente dans certains cas ou certaines circonstances, par exemple, si un des conjoints ne partage pas les valeurs du mariage chrétien avec l'autre conjoint et exige d'avoir des rapports conjugaux protégés par l'usage du préservatif.

b. La prévention par le traitement antirétroviral

La récente démonstration que le traitement antirétroviral (ART) de l'infection par le VIH, abaissant la virémie en dessous du seuil du détectable chez les sujets contaminés, empêche la transmission sexuelle du virus par ces sujets¹⁰⁵ a changé aujourd'hui la perspective de la prévention de cette transmission sexuelle, en particulier dans les couples sérodiscordants. Ceci a été le message de la Commission Nationale SIDA Suisse, et

publié le 30 janvier 2008 (Vernaza P *et al.*, 2008)¹⁰⁶. Des études récentes (Attia S *et al.*, 2009¹⁰⁷, Del Romero J *et al.* 2010¹⁰⁸, Donnell D *et al.*, 2010¹⁰⁹, Cohen MS, Gay CL, 2010¹¹⁰) ont confirmé cet effet préventif du traitement antirétroviral¹¹¹. La revue récemment publiée (mai 2011) par la *Cochrane Collaboration* sur l'utilisation de la thérapie antirétrovirale pour la prévention de la transmission du VIH dans les couples sérodiscordants¹¹², montre un taux de séroconversion dans les couples avec traitement du conjoint séropositif de seulement 0,16, s'abaissant à 0,02 dans les couples où le conjoint séropositif avait plus de 350 CD4 μ l (61 transmissions dans les couples où le conjoint séropositif n'est pas traité, aucune transmission dans les couples où il est traité).

Barreiro *et al.* (2006)¹¹³, Del Romero *et al.* (2010)¹¹⁴ ont montré que, grâce au traitement antirétroviral, les couples sérodiscordants peuvent avoir aujourd'hui des grossesses «naturelles» sans devoir avoir recours à une fécondation artificielle, et sans que l'enfant ne soit contaminé par le VIH-1 en cas de mère séropositive, à condition que le conjoint séropositif ait une suppression totale de la virémie VIH grâce au traitement antirétroviral.

Finalement, l'expérimentation clinique HPTN 052¹¹⁵, sponsorisée par le *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* (NIAID) conduite en 13 sites (Afrique du Sud, Botswana, Brésil, Etats-Unis, Inde, Kenya, Malawi, Thaïlande, Zimbabwe) sur 1.763 couples sérodiscordants, a relevé 26 cas de transmission sexuelle du VIH dans les 877 couples dans lesquels le traitement antirétroviral avait été commencé, seulement lorsque les comptes des CD4 s'étaient abaissés en dessous de 250 CD4/mm³. Il n'a été relevé qu'un cas de séroconversion dans les 886 couples dans lesquels le traitement antirétroviral avait été commencé immédiatement, avec des comptes de CD4 compris entre 350 et 550 cellules/mm³. L'expérimentation clinique HPTN 052 qui devait durer cinq ans a été arrêtée de façon anticipée devant la clarté des résultats.

Cette nouvelle proposition, médicale, de prévention de la transmission sexuelle du VIH dans les

couples sérodiscordants, grâce à une thérapie antirétrovirale efficace du conjoint séropositif, apparaît donc valide et porteuse d'espérance pour ces couples.

Conclusion

Depuis le début de l'épidémie du VIH/SIDA, il y a trente ans, l'Eglise catholique a montré sa sollicitude envers les malades du SIDA, les accueillant avec attention et compassion et luttant contre toute forme de discrimination à leur égard. Plus récemment, l'Eglise s'est faite le porte-parole des mêmes malades auprès des instances nationales et internationales, demandant qu'ils aient accès au traitement antirétroviral, en particulier dans les pays les plus pauvres.

Sur le plan de la prévention, l'Eglise a souligné l'importance de ne pas se limiter aux aspects médicaux et épidémiologiques de l'épidémie, mais de s'adresser aussi à ses facteurs sociologiques, anthropologiques et moraux.

Les paroles que le Pape Jean-Paul II a adressées à cet égard aux évêques du Burundi, le 5 septembre 1990, reprenant les termes de son discours du 15 novembre 1989¹¹⁶, sonnent comme prophétiques: «...l'Eglise, sûre interprète de la Loi de Dieu et "experte en humanité", a à cœur non seulement de prononcer une série de "non" devant certains comportements, mais surtout de proposer un style de vie pleinement significatif pour la personne. Elle indique avec vigueur et avec joie un idéal positif»¹¹⁷.

Cela n'est pas le chemin le plus facile. Mais il vaut la peine. A la question: «préservatif ou non?», qui lui est posée de façon répétitive, l'Eglise répond: «chasteté», c'est-à-dire autocontrôle, éducation au vrai amour, fidélité conjugale, apprentissage du don de soi. Ce sont les clefs du véritable épanouissement sexuel, aux dimensions de l'homme, esprit et corps. Il ne s'agit pas là d'un message anachronique ou impossible. À un monde miné par le rationalisme, l'utilitarisme et l'hédonisme, l'Eglise, guidée par Jésus-Christ, lance ainsi son joyeux message, ancien mais toujours nouveau, de solidarité, d'espérance et de confiance en l'homme.

Notes

¹ GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, Mercredi 15 novembre 1989, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, 1989, pp.1268-1278, voir p.1270.

² Ai membri della Conferenza Episcopale del Rwanda, L'autorità che voi esercitate come vescovi è quella di un padre che cerca di comprendere e di amare, dimanche 9 septembre, Nunziatura Apostolica di Kigali, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, vol. XIII, 2, 1990, pp.557-563, voir p. 562.

³ Première Journée mondiale de dialogue et de communication sur le SIDA. Message du Pape Jean-Paul II a M. Hiroshi Nakajima, Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé, 28 novembre 1988.

⁴ Discours du Pape Jean-Paul II aux confrères de la Conférence Episcopale du Burundi, Bujumbura (Burundi), Mercredi 5 septembre 1990, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, vol.XIII, n°2, 1990, n°5, pp.457-463, voir p.461.

⁵ JEAN-PAUL II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, n°4, Mercredi 15 novembre 1989, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, 1989, pp.1268-1278, voir p.1270.

⁶ Kampala: il messaggio per gli ammalati consegnato a monsignor Sentengo presidente dell'ufficio medico dell'episcopato, Il flagello dell'AIDS è una sfida per tutti, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, 1993, vol. XVI, 1, n°4, pp.333-337, voir p.336.

⁷ "Prevention raises issues larger than those simply of cross infection. Ironically, despite all the uncertainties, this disease (like genital herpes, which has also attracted much attention in the American lay press) is essentially preventable. The abandonment of promiscuity, homosexuality, and drug abuse could eventually stop both diseases in their tracks - though that is hardly likely to prove an acceptable solution", Waterson AP, Acquired immune deficiency syndrome, The British Medical Journal, 5 march 1983, vol.,2876, n°6367, pp.743-746.

⁸ GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, Mercredi 15 novembre 1989, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, 1989, pp.1268-1278, voir p.1270.

⁹ Discours du Pape Jean-Paul II aux membres de la Conférence épiscopale du Rwanda, Kigali (Rwanda), dimanche 9 septembre 1990, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, vol. XIII, 2, 1990, pp.557-563, voir p. 562.

¹⁰ Meeting with the faithful. Address of His Holiness John Paul II, Mission Dolores Basilica, San Francisco, Thursday 17 September 1987, n.3. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/1987/september/documents/hf_jp-ii_spe_19870917_mission-san-francisco_en.html

¹¹ *ibid.*

¹² Première Journée Mondiale de dialogue et d'information sur le Sida, Message de Jean-Paul II à M. Hiroshi Nakajima, directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé, 28 novembre 1988. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/letters/1988/documents/hf_jp-ii_lrt_19881128_aids_fr.html

¹³ Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti al simposio internazionale sul "volontariato cattolico in Sanità", Sabato, 1°

décembre 2001. http://vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/20011201_volonariati_it.html

¹⁴ SECAM conference of the secretaries general theological and pastoral response to HIV/AIDS in Africa. Cape Town, South Africa, 26 November-1 December 2001, Press statement.

¹⁵ L'Église en Afrique et la lutte contre le SIDA. Déclaration des Conférences Épiscopales Africaines, Zenith, 10/12/2001, ZF 01121005.

¹⁶ National Conference of Catholic Bishops, United States Catholic Conference, Called to Compassion and Responsibility. A Response to the HIV/AIDS Crisis, <http://www.usccb.org/sdwp/international/ctoresp.shtml>

¹⁷ Lettre apostolique Salvifici Doloris du Pontife souverain Jean-Paul II aux évêques, aux prêtres, aux familles religieuses et aux fidèles de l'Église catholique sur le sens chrétien de la souffrance humaine, n°29.

¹⁸ Kampala: il messaggio per gli ammalati consegnato a monsignor Ssentengo presidente dell'ufficio medico dell'episcopato, Il flagello dell'AIDS è una sfida per tutti, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, 1993, vol. XVI, I, n°4, pp.333-337, vedi p.336.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

²¹ Il messaggio agli ammalati e agli infermieri di tutto il paese, La "compassione" aiuta i malati a superare la disperazione e a conservare il coraggio, venerdì 7 settembre, Bujumbura, n°2, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, vol.XIII, 2, 1990, pp.491-494. Voir p. 492.

²² Première journée mondiale de dialogue et de communication sur le SIDA. Message du Pape Jean-Paul II à M. Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé, 28 novembre 1988. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/letters/1988/documents/hf_jp-ii_let_19881128_aids_fr.html

²³ "The many faces of AIDS, A Gospel Response". A statement by the Administrative Board of the United States Catholic Conference, in Medicina e Morale, gennaio-febbraio 1987, pp.112-136, voir p.116.

²⁴ Ai membri del corpo diplomatico durante l'incontro nella "State House". I problemi dei rifugiati e dell'AIDS: due tragedie umane che esigono il riconoscimento dell'interdipendenza dei popoli come categoria morale, Sabato 1° settembre, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, vol.XIII, 2, 1990, n°4, p.376.

²⁵ Voyage apostolique en Tanzanie, Burundi, Rwanda et Yamoussoukro, Rencontre du Pape Jean-Paul II avec les jeunes dans le stade national de «Amahoro», Kigali (Rwanda), Samedi 8 septembre 1990. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/1990/september/documents/hf_jp-ii-spe_19900908_giovani_kigali_fr.html

²⁶ Pour ceux qui souffrent, l'Église doit être la compassion de Jésus, Lettre pastorale des évêques des Philippines sur le sida, La Documentation Catholique, 20 juin 1993, n°2074, pp.576-578.

²⁷ Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Messaggio del Cardinale Javier Lozano Barragán in occasione della giornata mondiale dell'AIDS, 1 Dicembre 2003, http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20031130_barragan-aids_it.html

²⁸ Ai membri del corpo diplomatico durante l'incontro nella "State House". I problemi dei rifugiati e dell'AIDS: due tragedie umane che esigono il riconoscimento

dell'interdipendenza dei popoli come categoria morale, Sabato 1° settembre, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, vol.XIII, 2, 1990, n°4, p.376.

²⁹ Message du Pape Jean-Paul II au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2001/documents/hf_jp-ii-spe_20010626_kofi-annan_fr.html

³⁰ Message de sa Sainteté Benoît XVI pour la célébration de la journée mondiale de la paix, 1^{er} janvier 2009, "Combattre la pauvreté, construire la paix", n°4 http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/messages/peace/documents/hf_ben-xvi_mes_20081208_xliiworld-day-peace_fr.html

³¹ Voyage apostolique en Tanzanie, Burundi, Rwanda et Yamoussoukro, Discours du Pape Jean-Paul II aux confrères de la Conférence Épiscopale du Burundi, Bujumbura (Burundi), Mercredi 5 septembre 1990. Il discorso ai confratelli della Conferenza Episcopale del Burundi a Bujumbura, http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/1990/september/documents/hf_jp-ii-spe_19900905_conf-episcopale-fr.html

³² Tre importanti obiettivi: la pastorale familiare, i poveri, la coerenza tra fede e vita, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, vol. XIII, n°2, 1990, n°5, pp.457-463, voir p.461.

³³ Ibid.

³⁴ Voyage apostolique du Pape Benoît XVI au Cameroun et en Angola (17-23 Mars 2009). Entretien du Pape Benoît XVI accordé aux journalistes au cours du vol en Afrique, Vol papal, mardi 17 mars 2009. http://www.vatican.va/holy_father/benedictXVI/speeches/2009/march/document/hf_ben-XVI-spe_20090317_africa_interview_fr.html

³⁵ Ibid.

³⁶ "...l'homme ne peut rompre de son initiative (le lien indissoluble que Dieu a voulu) entre les deux significations de l'acte conjugal: union et procréation... C'est en sauvegardant ces deux aspects essentiels, union et procréation, que l'acte conjugal conserve intégralement le sens de mutuel et véritable amour." Humanae Vitae, n°12.

³⁷ GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, n°4, Mercoledì 15 novembre 1989, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, 1989, pp.1268-1278, n°5, voir p.1271.

³⁸ A pastoral letter, The fullness of Love, by theodore Cardinal McCarrick archbishop of Washington, 1 April 2003, n°11. <http://www.cabsa.org.za/book/export/html/3693>.

³⁹ J.SUAUDEAU, Le «sexe sûr» et le préservatif face au défi du SIDA, Medicina e Morale, 1997, fasc.4, pp.689-726.

⁴⁰ Sesso sicuro, in Lexicon, termini ambigui e discussi su famiglia vita e questioni etiche, Pontificio Consiglio per la Famiglia, Edizioni Dehoniane, Bologna, 2003, pp.795-817.

⁴¹ United States Conference of Catholic Bishops, The Many Faces of AIDS. A Gospel response, December 7 1987, Medicina e Morale, gennaio-Febbraio 1987, pp.112-134, <http://www.usccb.org/sdwp/international/mfa87.shtml>

⁴² "Pour ceux qui souffrent, l'Église doit être la compassion de Jésus", lettre pastorale des évêques des Philippines sur le sida, 23 janvier 1993, La Documentation Catholique, 20 juin 1993, n°2074, pp.576-578.

⁴³ World Council of Churches, Southern African Bishops Conference, "A message of hope", from the catholic bishops to the people of God in South Africa, Bostwana and Swaziland, St Peters' seminary, Pretoria, South Africa, 30 July 2001, <http://www.jctr.org.zm/bulletins/hope.htm>

⁴⁴ Ai membri del corpo diplomatico durante l'incontro nella "State House". I problemi dei rifugiati e dell'AIDS: due tragedie umane che esigono il riconoscimento dell'interdipendenza dei popoli come categoria morale, Sabato 1° settembre, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, vol.XIII, 2, 1990, n°4, p.376.

⁴⁵ Voyage apostolique du Pape Benoît XVI au Cameroun et en Angola (17-23 mars 2009). Entretien du Pape Benoît XVI accordé aux journalistes au cours du vol en Afrique. Vol papal, Mardi 17 Mars 2009, question de Philippe Visseyrias, France 2, http://www.vatican.va/holy_father/benedict_XVI/speeches/2009/documents/hf_ben-XVI-spe_20090317_africa_interview_fr.html

⁴⁶ GREEN EC, HEARST N, Was the Pope wrong?, The Lancet, 9 may 2009, vol.373, n° 9675, p.1603

⁴⁷ RICHENS J, IMRIE J, COPAS A, Condoms and seat belts: the parallels and the lessons, The Lancet, 29 January 2000, vol.355, n°9201, pp.400-403.

⁴⁸ N.HEARST, S.B.HULLEY, Preventing the Heterosexual Spread of AIDS. Are We Giving Our Patients the Best Advice?, JAMA, April 22/29 1988, vol.259, n°16, pp.2428-2432, in particulier p.2431.

⁴⁹ N.HEARST, S.CHEN, Condom promotion for AIDS prevention in the Developing World: Is it Working?, Studies in Family Planning, March 2004, vol.35, n°1, pp.39-47.

⁵⁰ L.I. LEVIN, Th.A. PETERMAN, P.O. RENZULLO, V. LASLEY-BIBBS, XIAO-OU SHU, J.F. BRUNDAGE, J.G.MAC NEIL, HIV-1 Seroconversion and Risk Behaviors among Young Men in the US Army, American Journal of Public Health, November 1995, vol.85, n°11, pp.1500-1506.

⁵¹ KAJUBI P, KAMTA MR, KAMYA S, CHEN S, MACFARLAND W, HEARST N, Increasing condom use without reducing HIV risk: results of a controlled community trial in Uganda, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 1 september 2005, vol.40, n°1, pp.77-82.

⁵² N.HEARST, S.CHEN, Condom promotion for AIDS prevention in the Developing World: Is it Working?, Studies in Family Planning, March 2004, vol.35, n°1, pp.39-47.

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Giovanni Paolo II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, n°4, Mercoledì 15 novembre 1989, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, 1989, pp.1268-1278, n°5, voir p.1271.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Messaggio del Cardinale Javier Lozano Barragán in occasione della giornata mondiale dell'AIDS, 1 Dicembre 2003, http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20031130_barragan-aids_it.html

⁵⁷ United States Conference of Catholic Bishops, Called to Compassion and Responsibility. A Response to the HIV/AIDS Crisis, January 1990, <http://www.usccb.org/sdwp/international/ctoresp.shtml>

⁵⁸ "Autant donc le préservatif se comprend pour les cas où une activité sexuelle déjà intégrée à la personnalité a besoin d'éviter un risque grave, autant il faut maintenir que ce moyen n'est pas une éducation à une sexualité adulte", in SIDA, La société en question", Commission sociale de l'épiscopat, Albert Rouet, président, Bayard éditions/Centurion, Paris, 1996, p.194.

⁵⁹ RHONHEIMER M, The truth about condoms, The Tablet, 10 July 2004

⁶⁰ United Conference of Catholic Bi-

shops, November 1987, The Many Faces of AIDS. A gospel Response, <http://www.usccb.org/sdwp/international/mfa87.shtml>

⁵⁸ "Présenté comme le minimum préventif nécessaire, le préservatif doit être reconnu comme une toute première étape de responsabilisation" (Lacroix X, Le Sida, Défi pour la parole, in Aa.Vv, Sida: la société en question, pp.151-162, vedi p.156.)

⁵⁹ DE DENICHIN O, Sida: éduquer, accompagner. Note pastorale à l'intention des prêtres et éducateurs, in Aa.Vv, SIDA, la société en question, pp.224-234. Vedi p.231.

⁶⁰ JEAN-PAUL II, Exhortation Apostolique Familiaris Consortio (1981), n°34.

⁶¹ Luce del Mondo, Libreria Editrice Vaticana, Novembre 2010, p.171.

⁶² Nota della Congregazione per la Dottrina della Fede. Sulla banalizzazione della sessualità. A proposito di alcune letture di "Luce del mondo", l'Osservatore Romano, 22/12/2010, p.7.

⁶³ T.ANATRELLA, L'amour et le préservatif, Flammarion, 1995, pp.184-185.

⁶⁴ "Sida au-delà de la peur", message pastoral des évêques du Canada, La Documentation catholique, 2 juillet 1989, n°1987, p.648.

TONY ANATRELLA, L'amour et le préservatif, op. cit., p.222.

⁶⁵ Il discorso ai confratelli della Conferenza Episcopale del Burundi a Bujumbura, Tre importanti obiettivi: la pastorale famigliare, i poveri, la coerenza tra fede e vita, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, vol. XIII, n°2, 1990, n°5, pp.457-463, voir p.461.

⁶⁶ GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, n°4, Mercoledì 15 novembre 1989, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, 1989, pp.1268-1278, n°5, voir p.1270.

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, n°4, Mercoledì 15 novembre 1989, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XII, 2, 1989, pp.1268-1278, n°5, voir p.1270-1271.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Dichiarazione della Commissione Nazionale di Bioetica della Conferenza Episcopale del Cile, Santiago del Cile, 2 dicembre 2003, in Zenit, 2 dicembre 2003, ZI03120202

⁷¹ Conseil Pontifical pour la Famille, Vérité et signification de la sexualité humaine. Des orientations pour l'éducation en famille, Rome, 8 décembre 1995 n. 17.

⁷² The Pope in Uganda: Holy Father's address to youth, L'Osservatore Romano, weekly edition, english, N°6, 10 february 1993, p.11, N°5.

Insegnamenti di Giovanni Paolo II, XVI,1, 1993, pp.312-318.

. Soyez les artisans de cette révolution spirituelle dont le monde a besoin. Discours aux jeunes au stade de Kampala, La Documentation Catholique, 21 mars 1993, n°2068, pp.260-262. Voir n°5.

⁷³ Voyage apostolique en Tanzanie, Burundi, Rwanda et Yamoussoukro. Rencontre du Pape Jean-Paul II avec les jeunes au stade national de «Amahoro», Kigali (Rwanda), Samedi, 8 septembre 1990., http://www.vatican.va/holy_father/jon_paul_ii/speeches/1990/september/documents/hf_jp-ii_spe_19900908_giovanni-kigali_fr.html

⁷⁴ Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Messaggio del Cardinale Javier Lozano Barragán in occasione della giornata mondiale dell'AIDS, 1 Dicembre 2003, http://www.vatican.va/roman_curia/

[pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20031130_barragan-aidi_it.html](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20031130_barragan-aidi_it.html)

⁷⁵ Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Messaggio del Card. Javier Lozano Barragán in occasione della giornata mondiale dell'AIDS (1° dicembre 2005), http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20051201_giornata-aidi_fr.html

⁷⁶ Conseil Pontifical pour la Pastorale des Services de Santé. Assemblée générale des Nations Unies. Débat de haut-niveau sur le thème du HIV/SIDA. Intervention du Cardinal Javier Lozano Barragán, http://vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20060602_un-hiv-aidi_fr.html

⁷⁷ United Conference of Catholic Bishops, November 1987, The Many Faces of AIDS. A gospel Response, Medicina e Morale, gennaio febbraio 1987, vol XXXVIII, pp.112-134, voir p.121.

⁷⁸ Message de Sa Sainteté Benoît XVI pour la célébration de la Journée mondiale de la paix, 1^{er} janvier 2009, Combattre la pauvreté, construire la paix, n°4, http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/messages/peace/documents/hf_ben-xvi_mes_20081208_Xlii-world-day-peace_fr.html

⁷⁹ STONEBRUNER RL, LOW-BEER D, Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda, Science, 30 April 2004, vol. 304, n°5671, pp.714-718.

⁸⁰ UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, p.191

⁸¹ GREEN EC, HALPERIN DT, NANTULYA V, HOGLÉ JA, Uganda HIV prevention success: the role of sexual behavior change and the national response, AIDS Behaviour, July 2006, vol.10, nb°4, pp.347-350.

⁸² SLUTKIN G, OKWARE S, NAAMARA W, SUTHERLAND D, FLANAGAN D, CARAEL M, BLAS E, DELAY P, TARANTOLA D, How Uganda reversed its HIV epidemics, AIDS Behaviour, July 2006, vol.10, n°4, pp.351-360.

Kirby D, Changes in sexual behaviour leading to the decline in the prevalence of HIV in Uganda: confirmation from multiple sources of evidence, Sexually Transmitted Infections, October 2008, vol.84, suppl.2, pp.II35-II41.

⁸³ WAKABI W, Condoms still contentious in UGANDA's struggle over AIDS, The Lancet, 29 April 2006., vol.367, n°9520, pp.1387-1388.

⁸⁴ HALLETT TB, ABERLE-GRASSE J, BELLO G, BOULOS LM, CAYEMMITES MP, CHELUGET B, CHIPETA J, DORRINGTON R, DUBE S, EKRA AK, GARCIA-CALLEJA JM, GARNETT GP, GREBY S, GREGSON S, GROVE JT, HADER S, HANSON J, HLADIK W, ISMAIL S, KASSIM S, KIURUNGI W, KOUASSI L, MAHOMVA A, MARUM L, MAURICE C, NOLAN M, REHLE T, STOVER J, WALKER N, Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti, Sexually Transmitted Infections, April 2006, vol.82, suppl.1, pp.II-18.

⁸⁵ ALLEN T, HEALD S, HIV/AIDS policy in Africa: what has worked in Uganda and what has failed in Bostwana?, Journal of International Development, 8 november 2004, vol.16, pp.1141-1154.

⁸⁶ P. FRANZKOWIAK, E. WENZEL, AIDS health promotion for youth. Conceptual framework and practical implications., Health Promotion International, vol.9, N° 2, 1994, pp. 119-135.

⁸⁷ DR. LÉONIE MCSWEENEY, "AIDS, your responsibility", The ambassador Publications, 1991.

DR. LÉONIE MCSWEENEY, "Changing be-

haviour. A challenge to love", Ambassador Publications, 1995.

IAN D., CAMPBELL, GLEN WILLIAMS, AIDS management: an integrated approach, ACTION AID, 1994.

⁸⁸ LINGAPPA JR, LAMBDIN B, BUKUSI EA, NGURE K, KAVUMA L, INAMBAO M, KANWEKA W, ALLEN S, Kiarie JN, MAKHEMA J, WERE E, MANONGI R, COETZEE D, DE BRUYN G, DELANY-MORETWE S, MAGARET A, MUGO N, MUJUGIRA A, NDASE P, CELUM C, Regional differences in prevalence of HIV-1 discordance in Africa and enrollment of HIV-1 discordant couples into an HIV-1 prevention trial, PLOS One, 9 january 2008, vol.3, n°1, pp.e1411.

⁸⁹ GUTHRIE BL, DE BRUYN G, FARQUHAR C, HIV-1 discordant couples in sub-Saharan Africa: explanations and implications for high rates of discordancy, Current HIV Research, July 2007, vol.5, n°4, pp.416-429.

⁹⁰ DE WALQUE D, Sero-discordant Couples in Five African Countries: Implications for Prevention Strategies, Population and Development, September 2007, vol.33, n°3, pp.501-523.

⁹¹ GRABBE KL, BUNNELL R, Reframing HIV Prevention in Sub-Saharan Africa Using Couple-Centered Approaches, JAMA, 21 July 2010, vol.304, n°3, pp.346-347.

⁹² HOWARD JC, The use of the Condom for Disease Prevention: Catholic Doctrine for Health Care Professional, Linacre Quarterly, May 1996, vol.63, n°2, pp.26-30.

WOODALL GJ, The use of the condom to prevent the transmission of HIV, Medicina e Morale, Maggio/Giugno 1998, vol.XLVIII, n°3, pp.545-579.

LOPEZ TRUJILLO A (Cardinal), Family Values versus Safe Sex, 1 Dicembre 2003, Pontificio Consiglio per la Famiglia.

GORMALLY L, Marriage and the Prophylactic Use of Condoms, The National Catholic Bioethics Quarterly, Winter 32005, vol.5, n°4, pp.735-749.

FISHER A, HIV and condoms within marriage, Communio, summer 2009, pp.329-359.

⁹³ "The teaching of classical theologians might provide assistance as we search to bring into balance the need for a full and authentic understanding of human sexuality in our society and the issues of the common good associated with the spread of the disease", in "The prevention of AIDS", in The many faces of AIDS, a Gospel Response, November 1987.

⁹⁴ J.E.SMITH, The "Many Faces of AIDS" and the Toleration of the Lesser Evil, Fellowship of Catholic Scholars Newsletter 11:3, June 1988, pp.5-10; the International Journal of Natural Family Planning, Spring 1988, vol.XII, n°1, pp.1-15.

⁹⁵ CHARLES BOUCHARD, JAMES POLLOCK, Condoms and the Common Good, Second Opinion, 1 November 1989, vol.12, pp.98-106.

⁹⁶ DAVID HOLLENBACH, AIDS education, The Moral Substance, America, 26 December 1987, vol.157, pp.493-494.

⁹⁷ FR.C FERNANDEZ SANCHEZ, Principio e argomento del mal minore, in "Lexicon, Termini ambigui e discussi su famiglia vita e questioni etiche", EDB 2003, pp.725-736.

⁹⁸ J.F.KEENAN, The function of the Principle of Double effect, Theological Studies, 1993, vol.54, pp.294-315.

KEENAN JF, Catholic ethicists on HIV/AIDS prevention, New York, Continuum Books, 2000.

J.F.KEENAN, Applying the Seventeenth Century Casuistry of Accomodation to HIV prevention, Theological Studies, 1999, vol.60, pp.492-512.

⁹⁹ BOVENS L, Can the Catholic Church agree to condom use by HIV-discordant

couples?, *Journal of Medical Ethics*, December 2009, vol.35, n°12, pp.743-746.

¹⁰⁰ KELLY DF, *Critical Care Ethics: Treatment Decisions in American Hospitals*, Kansas City, Sheed and Ward, 1991, Appendix D, pp.204-209.

Discussed in: M.A.Johnsons, *The Principle of double Effect and Safe Sex in Marriage: Reflections on a Suggestion*, *Linacre Quarterly*, vol.60, n°2, May 1993, pp.82-89.

¹⁰¹ RHONHEIMER M, *The truth about condoms*, *The Tablet*, 10 July 2004

¹⁰² REV.BENEDICT GUEVIN, O.S.B., AND REV. MARTIN RHONHEIMER, *On the Use of Condoms to Prevent Acquired Immune Deficiency Syndrome*, *The National Catholic Bioethics Quarterly*, Spring 2006, vol.5, n°1, pp.37-48. Vedi pp.37-39.

¹⁰³ J.LAFITTE, *La sollicitude de l'Église pour les malades du SIDA. Sida, exercice de la sexualité, usage du préservatif dans et hors mariage. La situation de l'Afrique subsaharienne*, *Studia Moralia*, 2011, vol.49, n°1, pp.19-33.

¹⁰⁴ "L'homme ne peut rompre de son initiative (le lien indissoluble) entre les deux significations de l'acte conjugal: union et procréation"

¹⁰⁵ MUSICCO M, LAZZARIN A, NICOLosi A, GASPARINI M, COSTIGLIOLA P, ARICI C, SARACCO A, *Antiretroviral treatment of men infected with human immunodeficiency virus type 1 reduces the incidence of heterosexual transmission*, *Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. Archives of Internal Medicine*, 12 september 1994, vol.154, n°17, pp.1971-1976.

.CASTILLA J, DEL ROMERO J, HERNANDO V, MARINCOVICH B, GARCIA S, RODRIGUEZ C, *Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV*, *Journal of Acquired Immune Deficiency syndromes*, 1 september 2005, vol.40, n°1, pp.96-101.

.COHEN MS, GAY C, KASHUBA AD, BLOWER S, PAXTON L, *Narrative review: antiretroviral therapy to prevent the sexual transmission of HIV-1*, *Annals of Inter-*

nal Medicine, 7 april 2007, vol.146, n°8, pp.591-601.

¹⁰⁶ VERNAZZA P, HIRSCHL B, BERNASCONI E, FLEPP M, *Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle*, *Schweizerische Ärztezeitung*, 2008, vol. 89, pp.165-169.

¹⁰⁷ ATTIA S, EGGER M, MÜLLER M, ZWAHLEN M, LOW N, *Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis*, *AIDS*, July 2009, vol.23, n°11, pp.1397-1404.

¹⁰⁸ DEL ROMERO J, CASTILLA J, HERNANDO V, RODRIGUEZ C, GARCIA S, *Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study*, *British Medical Journal*, 14 May 2010, doi: 10.1136/bmj.c2205.

¹⁰⁹ DONNELL D, BAETEN JM, Kiarie J, THOMAS KK, STEVENS W, COHEN CR, MCINTYRE J, LINGAPPA JR, CELUM C, *Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a perspective cohort analysis*, *The Lancet*, 12 June 2010, vol.375, n°9731, pp.2092-2098.

¹¹⁰ COHEN MS, GAY CL, *Treatment to prevent transmission of HIV-1*, *Clinical Infectious Diseases*, 15 May 2010, vol.50, suppl.3, pp.S85-S95.

¹¹¹ BOILY MC, BUVÉ A, Baggaley RF, *HIV transmission in serodiscordant heterosexual couples. Risk is not zero but is low if the infected partner takes antiretrovirals*, *British Medical Journal*, 26 May 2010, vol. 340, c2449,doi: 10.1136/bmj.c2449, pp.1149-1150.

¹¹² ANGLEMYER A, RUTHERFORD GW, EGGER M, SIEGFRIED N, *Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11 May 2011, issue 5, CD009153.

¹¹³ BARREIRO P, DUERR A, BECKERMAN K, SORIANO V, *Reproductive Options for HIV-*

Serodiscordant Couples, *AIDS Reviews*, July-September 2006, vol.8, n°3, pp.158-170.

.BARREIRO P, DEL ROMERO J, LEAL M, HERNANDO V, ASENCIO R, DE MENDOZA C, LABARGA P, Núñez M, Ramos JT, González-Lahoz J, Soriano V, *Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy*, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1 November 2006, vol.43, n°3, pp.324-326.

¹¹⁴ DEL ROMERO J, CASTILLA J, HERNANDO V, RODRIGUEZ C, GARCIA S, *Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study*, *British Medical Journal*, 14 May 2010, doi: 10.1136/bmj.c2205.

¹¹⁵ *Treating HIV-infected People With Antiretrovirals Significantly Reduces Transmission to Partners*, *Science Daily* 12 May 2011, <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/05/110512132511.htm>

. COHEN MS, , CHEN YQ, McCauley M, GAMBLE T, HOSSEINIPour MC, KUMARASAMY N, HAKIM JG, KUMWENDA J, GRINSZTEIN B, PILOTTO JH, GODBOLE SV, MEHENDALE S, CHARIALERTSAK S, SANTOS BR, MAYER KH, HIOFFMAN IF, ESHLEMAN SH, PIOWARMANNING E, WANG L, MAKHEMA J, MILLS LA, DE BRUYN G, SANNE L, ERON J, GALLANT J, HAVLIR D, SWINDELLS S, RIBAUDO H, ELHARRAR V, BURNS D, TAHA TE, NIELSEN-SAINES K, CELENTANO D, ESSEX M, FLEMING TR, *Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy*, *The New England Journal of Medicine*, 11 August 2011, vol.365, n°6, pp.493-505.

¹¹⁶ Discours de Jean-Paul II aux participants à la Conférence Internationale promue par le Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé, AAAS 1990 (1982), p. 664

¹¹⁷ Il discorso ai confratelli della Conferenza Episcopale del Burundi a Bujumbura, Tre importanti obiettivi: la pastorale familiare, i poveri, la coerenza tra fede e vita, in *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. XIII, n°2, 1990, n°5, pp.457-463, voir p.461.

Il programma DREAM: approccio olistico alla cura della persona nella prevenzione e trattamento dell'HIV/AIDS

PROF.SSA MARIA CRISTINA MARAZZI

*Comunità di Sant'Egidio;
Università LUMSA,
Roma, Italia.*

The DREAM programme: a holistic approach to care for the person in the prevention and treatment of HIV/AIDS

The experience of the Sant'Egidio Community in implementing the DREAM (Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition) programme which has been implemented in 10 African countries. The DREAM programme was born from a wish to remove the injustice of a possible and effective treatment (a three-pronged treatment) not being available to African patients, but with a much broader therapeutic approach. Thus DREAM has sought to establish and make possible not only anti-retroviral therapy, but also initiatives such as education in health, nutritional support, advanced diagnosis, the formation of personnel, and care for the suffering of the patient and his or her family.

Origine

Alla fine degli anni Novanta l'epidemia di AIDS in Africa cominciava a delinearsi come una vera e propria catastrofe umanitaria: un impressionante numero di soggetti infetti, una mortalità molto elevata e una crescente popolazione di piccoli orfani. Questa situazione metteva anche in grave difficoltà la vita sociale ed economica di interi Paesi africani. In quegli anni sia le principali agenzie internazionali sia molte ONG puntavano su un

approccio esclusivamente preventivo, cercando cioè di ridurre il numero dei nuovi infetti, per contenere almeno in parte la diffusione epidemica dell'HIV.

Per la Comunità di Sant'Egidio, che già contava numerosissimi africani tra i suoi membri, un tale approccio – contenimento del contagio – appariva riduttivo. Era scarsamente attento alla vita delle milioni di persone africane contagiate, lasciate senza alcuna speranza e segnate da una malattia mortale, infamante ed emarginante. L'approccio preventivo, da solo, risultava insufficiente e fallimentare. Le 23 milioni di persone, attualmente contagiate in Africa, ne sono purtroppo la prova evidente. Inoltre, come cristiani, ci appariva insopportabile l'ingiustizia di una cura possibile ed efficace, la triterapia, ma non disponibile per gli africani. Il diritto alla terapia è un diritto umano fondamentale, troppo spesso violato senza neanche la consapevolezza del danno subito da parte del malato africano.

Ci è sembrato che fosse necessario allora uno sforzo più generoso: un'assunzione di responsabilità verso i malati africani, una coscienza più forte dell'interdipendenza tra il Nord e il Sud del mondo e della sfida di un futuro comune migliore per tutti.

Da queste motivazioni ha preso avvio il programma DREAM (Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition). DREAM è nato davvero come un "sogno": rendere disponibili terapie e tecnologie già sperimentate nel mondo ricco in Africa.

Obiezioni alla terapia

"DREAM è un sogno diventato realtà", come disse papa Benedetto XVI incontrando in Cameroun nel 2009 gli operatori del programma.

Come tutti i sogni, però, ha incontrato ostacoli prima di poter diventare realtà. L'ostacolo maggiore è stato senz'altro di natura concettuale. Perché in Africa solo la prevenzione senza la cura? Non erano considerati possibili interventi terapeutici complessi... Si diceva più o meno apertamente, e più o meno in buona fede, che gli africani non sarebbero stati capaci di seguire fedelmente una terapia. Si diceva che uomini e donne poveri, come quelli che vivono in Africa, sarebbero stati tentati di rivendersi quanto ricevuto, alimenti, filtri per l'acqua, farmaci, piuttosto che utilizzarli per stare meglio.

Si è dimostrato che queste obiezioni altro non erano che pregiudizi. Infatti gli africani sono in grado di seguire una terapia complessa spesso più dei malati europei e americani. I malati, che dopo 10 giorni di terapia vedono ritornare in loro forza e salute, non si sognerebbero mai di rivendere la terapia che in essi ha operato quasi un miracolo. Accanto alla scelta di coniugare terapia e prevenzione, vi è un altro aspetto che ha contribuito al successo del programma DREAM ed è ciò che abbiamo inteso parlando di un approccio olistico al paziente africano. In questi anni abbiamo potuto consolidare la nostra consapevolezza delle forti peculiarità del malato di AIDS africano, gravato di problemi sociali e logistici di enormi proporzioni, con uno stato di salute precario, malnutrito, scarsamente alfabetizzato, emarginato e stigmatizzato, con difficoltoso accesso ai servizi.

Nei centri DREAM si cerca di intervenire a diversi livelli su tutti questi problemi, nella convinzione che l'AIDS non è solo una patologia di interesse sanitario, ma anche una condizione che aggrava le criticità già esistenti nella vita del malato e della sua famiglia e ne crea di nuove. L'efficacia degli

interventi di contrasto dell'AIDS è condizionata dalla comprensione e dalla presa in carico di queste criticità, che possono limitare fortemente l'aderenza del paziente alla terapia. Approccio olistico ha voluto dire tener conto di tutte le caratteristiche del paziente africano: spesso donna, ad alto rischio d'insicurezza alimentare, di limitata cultura e dalle scarse difese sociali, afflitta da altre condizioni morbose, quali malaria e tubercolosi; oppure bambino, cui spesso è negato anche il diritto al nome e al riconoscimento anagrafico, o l'accesso all'istruzione.

DREAM affronta tutto l'insieme di queste condizioni realizzando una globalità delle cure che parte dal basso, senza rinunciare a offrire quanto di meglio esiste per contrastare la progressione dell'HIV. DREAM si è proposto di impiantare e rendere possibile non solo la terapia antiretrovirale, ma anche tutto il complesso di misure e interventi che possono renderla possibile ed efficace: educazione alla salute dei pazienti, sostegno nutrizionale, diagnostica avanzata, formazione del personale. È tutto il sistema che deve funzionare intorno al paziente perché la cura abbia successo, per vincere la nostra battaglia contro la malattia.

È stato fondamentale, nella nostra esperienza, l'aver prima ascoltato e poi coinvolto stabilmente i pazienti in processi educativi e di cura. Sono oggi oltre 3000 gli attivisti riuniti in un'associazione, "I DREAM", donne e uomini che collaborano nell'accogliere i nuovi pazienti o nel rintracciare quelli che manifestano difficoltà. Il percorso terapeutico deve coincidere con un altro itinerario: si parte dalla malattia ma anche dall'emarginazione, dall'abbandono, dall'impossibilità di lavorare e accudire la famiglia e dal senso di colpa. Si deve giungere a una riconquista della salute e insieme a un riscatto umano, sociale e culturale. Un riscatto perfino sul piano del lavoro: i nostri attivisti ricevono anch'essi un adeguato training e sono regolarmente assunti e salariati. Molte delle nostre pazienti, ritrovate le forze, si fanno madri di tanti bambini, non solo dei propri figli, ma anche di altri bambini malati che affluiscono ai nostri centri. Spesso

sono bambini che hanno già perduto i genitori a causa dell'AIDS e che per questo sono affidati a nonni poveri o a vicini distratti, che non sono in grado di aiutarli a curarsi. Le nostre donne malate diventano come madri, passano nelle loro case più volte al giorno, gli somministrano le medicine, gli preparano da mangiare, si preoccupano di loro, con il senso che anche questi bambini fanno parte integrante della loro famiglia. E, direi, della "famiglia di Dio".

Impatto positivo

DREAM è stata anche una grande iniezione di fiducia per il personale sanitario che assai spesso in Africa è demotivato e frustrato dall'assenza di possibilità terapeutiche e di risorse sanitarie anche elementari.

DREAM è per tutti – malati e familiari, personale sanitario locale e volontari – speranza e investimento nel futuro. Innanzitutto è fiducia e speranza che l'AIDS possa essere vinto anche in Africa. La condizione di vita di tanti sieropositivi, segnata da un senso di condanna, può essere cambiata. Uomini e donne, provati dalla malattia, possono risorgere riacquistando energie che saranno utili per sé e per gli altri.

Un esempio di questa apertura alla vita sono le madri sieropositive e i loro figli. L'obiettivo di DREAM non è solo quello di far nascere da madre sieropositiva un bambino sano, ma di mantenerlo tale, di garantire la sopravvivenza della madre, perché il nuovo nato e gli eventuali figli precedenti non divengano orfani. La condizione di orfananza, in difficili situazioni ambientali ed economiche, mette a rischio la vita del nuovo nato.

DREAM riserva particolare attenzione alla coppia madre-bambino, elemento centrale della famiglia africana. Generare un figlio sano, quando non si ha neanche speranza di vivere e continuare a stare bene nel tempo per aiutarlo a crescere, rappresenta per la madre, per la famiglia, per la comunità di vita, per gli operatori sanitari la vittoria più importante sul destino di morte che l'AIDS porta con sé in Africa.

Con grande gioia posso annunciare che proprio il 10 maggio scorso è nato sano da madre sieropositiva il bambino numero 14.000!

DREAM riflette il modo di sentire di Sant'Egidio. Per la Comunità è centrale il valore della persona e di ogni vita. A ogni malato si cerca di offrire quanto di meglio esiste nel campo della diagnostica, della terapia. Le persone non sono mai semplici "emergenze" ma fratelli e sorelle da soccorrere. Ci si muove secondo quel semplice e antico comandamento che raccomanda di fare agli altri ciò che vorremmo fosse fatto a noi stessi. E chi non vorrebbe per se stesso il meglio?

Questo approccio cristiano – che si rivela più efficace e pienamente umano – ha una sua profonda validità: motiva il personale, ottiene grande collaborazione dal paziente e dalla sua famiglia, è una testimonianza del potere terapeutico della Comunità cristiana.

Un circuito virtuoso

L'approccio olistico di DREAM ha definito un modello di assistenza che tra l'altro è oggi replicato con successo in 10 Paesi africani, in ambiente urbano e rurale. DREAM utilizza piccoli centri e molta tecnologia informatica che serve a collegarli fra di loro (e con consulenti in Europa pronti a intervenire per aiutare). Gli operatori di DREAM non hanno lo stile delle cooperazioni internazionali, che forniscono formazione e know-how al personale locale, spesso poi lasciandolo a se stesso. Cercano invece di accompagnare nel tempo la crescita professionale e umana degli operatori. È formazione continua vera, lifelong-learning educazione degli adulti. Si crea una reale partnership tra europei e africani che imparano a collaborare e producono così sinergie sempre più fruttuose. Sono i malati stessi che divengono assistenti domiciliari, educatori alla pari, agenti della formazione. Particolarmente intenso è lo sforzo formativo anche di questo personale, apparentemente non qualificato, che tuttavia svolge un'opera insostituibile per la riuscita del programma.

Un aspetto non secondario di

DREAM è la gratuità della terapia e delle prestazioni. Com'è possibile chiedere di pagare le medicine a chi non ha neanche i soldi per comprare da mangiare per sé e per la propria famiglia? Come chiedere di pagare a povere madri sole senza alcuna fonte di reddito? Come chiedere di pagare a tanti orfani malati o ai loro nonni? La gratuità delle cure si impone innanzitutto per un motivo di equità, ma anche perché il paziente possa seguire la terapia con continuità. Inoltre, la complessità delle procedure assistenziali, che si sostanzia in un elevato numero d'appuntamenti per il controllo delle condizioni di salute, la consegna dei farmaci e l'esecuzione delle analisi, ha comunque un costo per il paziente. Moltissimi, infatti, devono sobbarcarsi un lungo percorso per raggiungere i centri e dedicare molte ore a tali attività. Ai malati curati da DREAM è riservato un altro decisivo sostegno: la supplementazione nutrizionale sistematica, che ha effetti decisivi sulla risposta alla terapia.

Sanità leggera

Il punto – può sembrare banale dirlo – non è quello di allontanare i malati, bensì di attirarli in un circolo virtuoso di terapia, assistenza, educazione e sostegno. In Africa, infatti, un problema da superare è proprio quello dell'estrema difficoltà di accesso delle popolazioni ai centri di salute: superfici enormi, bassa densità di popolazione, scarse comunicazioni stradali, poco personale qualificato... DREAM ha lavorato per accrescere l'accessibilità delle cure attraverso una gratuità che non respinge le popolazioni povere. O addirittura è andato a portare le cure a casa dei pazienti.

È un modello di "sanità leggera" che può essere un'opportunità per tutta la sanità africana, che può difficilmente contare su costose e ingestibili strutture residenziali. Non si tratta di impiantare in Africa brutte copie di sistemi sanitari europei o americani, che non funzionano, ma piuttosto bisogna "inventare" una sanità africana forse più umana, perché fondata sulla famiglia, gestita con più risorse umane, con più prossimità ai pazienti.

In questi 10 anni, DREAM si è diffuso in 10 Paesi africani. Sono attivi 33 centri clinici, 20 laboratori di biologia molecolare per il monitoraggio della cura, vengono assistiti più di 150.000 malati, tra cui 25.000 bambini. Più di un milione, complessivamente, le persone che in questi anni hanno usufruito del programma DREAM. Sono stati formati più di 4000 professionisti africani; oggi la totalità del personale sanitario che lavora nei nostri centri è africano.

DREAM è un modello che ha ricevuto numerosi riconoscimenti in diversi congressi scientifici internazionali, nonché diversi premi. Tra questi il premio Balzan 2004 "per l'umanità, la pace, la fratellanza tra i popoli".

DREAM ha rappresentato e rappresenta una buona notizia, per i malati africani innanzitutto, ma anche per tante associazioni, religiosi e religiose, tante persone di buona volontà che si sono sentite incoraggiate e sostenute nel loro desiderio di aiutare i malati di AIDS in Africa. Così a DREAM si sono uniti tanti che hanno riconosciuto in esso una strada percorribile per combattere in maniera olistica l'AIDS.

La terapia è fattore di prevenzione

Nel programma DREAM viene offerta ai soggetti sieropositivi africani una terapia efficace che incoraggia la pratica del test, ridona speranza nel futuro, toglie la disperazione. Spesso è proprio la disperazione che genera disprezzo della vita altrui e quindi la mancanza di senso di responsabilità verso terzi. Una terapia efficace introduce un rafforzamento della prevenzione. Trasforma la percezione collettiva e personale dell'AIDS: da malattia rapidamente mortale a malattia cronica. La miglior pubblicità alla diffusione del test per l'HIV è rappresentata proprio dal rapido e stabile miglioramento di tutti i parametri vitali, cioè della migliore qualità della vita, che si osserva in tutti i malati sottoposti alla terapia, anche quelli in condizioni gravissime. Per ottenere questo risultato bisogna semplicemente usare la routine terapeutica già applicata nei Paesi sviluppati e niente di me-

no. Questa è la scelta di DREAM: dare ai poveri il meglio dei presidi medici e farmacologici, già disponibili da tempo.

Ma vi è anche un altro versante preventivo della terapia. La terapia ben fatta riduce la carica virale, fino a livelli talmente bassi da rendere assai improbabile la trasmissione del virus ad altri soggetti. Vi è quindi un aspetto preventivo della terapia stessa. Questo è vero nei rapporti sessuali, ma soprattutto nella cosiddetta trasmissione verticale, cioè da madre a bambino. La terapia fin dal quinto mese di gravidanza riduce, fino quasi ad azzerarla, la trasmissione del virus durante la gestazione, al momento del parto in qualsiasi modo e in qualsiasi ambiente questo avvenga e attraverso il latte materno. DREAM ha ottenuto in questo settore risultati spettacolari: solo il 3% dei bambini nati da madre in terapia sono a loro volta sieropositivi a un anno. Senza terapia oltre il 30% dei bambini sarebbero a loro volta sieropositivi.

Ma oggi nuove sfide si aprono innanzi a DREAM. In Africa ancora vi sono circa 23 milioni di persone HIV positive, di cui solo 4 milioni attualmente ricevono la terapia. Il vaccino o i vaccini che si stanno studiando, sono ben lontani dal produrre qualche risultato rilevante. I donatori internazionali, anche per la crisi economica stanno riducendo i fondi per l'Africa. Alcuni governi africani cominciano ad abbandonare i malati di AIDS al loro destino. Che fare? Bisogna sognare di nuovo e trovare una nuova audacia, oggi ancor più sostenuta da evidenze scientifiche: l'OMS prevede che se si curassero tutti i malati di AIDS si potrebbe, oltre a ridurre il contagio, in 10/20 anni arrivare all'eliminazione totale della malattia. È questo un obiettivo ambizioso, ma possibile su cui il 13 maggio scorso DREAM ha invitato, tra gli altri, i responsabili della sanità africana a riflettere. Su questo vorremmo impegnarci nel prossimo futuro. Dare la terapia a tutte le donne sieropositive in gravidanza, perché anche in Africa, come avviene già in Europa, non nascano più bambini con l'AIDS. È la nuova frontiera del nostro sogno su cui stiamo lavorando, cercando alleati e sostenitori.

L'Éducation aux valeurs dans la prévention du HIV/AIDS

L'éducation sexuelle au temps du sida, de la théorie du genre et des orientations sexuelles

MGR TONY ANATRELLA

*Psychanalyste, Spécialiste
en psychiatrie sociale,
Enseignant aux Facultés
libres de Philosophie et de
Psychologie
Paris, France.*

*Consulteur du Conseil Pontifical
pour la Santé.*

**Education in values during
HIV/AIDS prevention;
sexual education at the time
of AIDS; gender and sexual
orientation theories.**

Prevention of sexually transmitted diseases (STDs), and particularly of the sexual transmission of HIV leading to the development of AIDS, has hitherto prioritized sanitary and prophylactic measures through the diffusion of protective techniques such as the use of condoms. Such a perspective, when proposed to young people, appears to be widely insufficient. Indeed, presenting only a pragmatic and healthcare vision of human sexuality teaches that as long as one protects oneself from contamination one is doing enough and one can do whatever one wants without further questioning. Such a presentation helps to trivialize sexual acts in the behavior of many young people. We run the risk today of limiting human sexuality to the framework of health protection, gender identity, and sexual orientation. Human sexuality has to be understood in and of itself. When we limit human sexuality

to its pragmatic and utilitarian representation, we miss all the components which make up its human value and fullness, such as interiorization, the psychological process of the subjectivization of sexuality during the teenage years, and access to the symbolic aspect of sexuality. We also ignore the moral responsibility of sexual acts and the need for a change in sexual behavior when sexual practices are conducted that are against reason. Effective change has to come from within the individual in order to be authentic.

We need to question ourselves about the meaning of human sexuality along with its relation to affectivity and genitivity (section 1); about the meaning of sexual education as an introduction to the sense of love, with an attentiveness to the psychological age of those who are being addressed and avoiding a kind of teaching which is in fact inspired by adult sexuality (section 2); and about the meaning of human values, starting from the principles of reason that are recognized by Christian intelligence and which we have to transmit. These values encompass the meaning of love in the free election of spouses, the meaning of chastity, the meaning of sexual abstinence and the meaning of faithfulness (section 3). These contribute to humanizing sexuality, helping with the maturation of affections and improving the moral quality of the social bond.

La prévention contre les Infections sexuellement transmises (IST) et en particulier la transmission du VIH (HIV) pouvant développer le sida (Aids), a surtout privilégié, jusqu'à présent, les aspects sanitaires et prophylactiques à travers des techniques de protection comme le préservatif. Cette perspective proposée à des jeunes apparaît largement insuffisante quand on sait que le sida est, entre autres, une maladie qui est la conséquence d'un comportement sexuel problématique.

Malgré les campagnes de prévention uniquement centrées sur le préservatif, la plupart des infections sexuelles ont progressé: elles n'ont pas réduit la pandémie. Il est bien connu qu'avec la banalisation de l'usage des préservatifs, les sujets concernés prennent davantage de risques en multipliant les partenaires. Il en va ainsi dans tous les domaines. Là où l'on impose des mesures sécuritaires, les sujets ne considérant plus le danger ou le sens des limites adoptent des conduites opposées à la prudence. La question est de savoir s'il faut réduire l'éducation à de la prévention en ayant une vision pragmatique, utilitaire et hédoniste de la sexualité ou s'il faut apprendre à être en relation avec autrui, à savoir identifier la nature de ses sentiments et comprendre que l'acte sexuel engage? Le changement de comportement se joue au cœur de la conscience et non pas dans l'usage d'une technique de protection qui masque les véritables enjeux.

Évidemment, comme le rappelait le Pape Benoît XVI dans son livre d'entretien, *Lumière du monde*, p. 160, si certains sont dans des situations extrêmes de pra-

tiques sexuelles problématiques et immorales, ils ne doivent pas prendre le risque de transmettre le VIH. Il est recommandé de ne pas ajouter le mal à une conduite désordonnée. Il s'agit d'un principe constant de la théologie morale auquel les prêtres savent recourir. Les personnes concernées ont la responsabilité sanitaire de se protéger et de protéger autrui. Nous sommes là face à une question de discernement dans le cas de situations individuelles. Il convient donc de faire une distinction entre un principe général qui uniformise la prévention à un simple aspect technique au lieu d'en appeler à la conscience de chacun pour changer son comportement, et des cas particuliers qui sont éclairés par la loi morale. C'est en ce sens que Benoît XVI s'exprimait et que ses propos ont été précisés par la Congrégation pour la Doctrine de la Foi: la personne qui «infectée par le VIH s'emploie à réduire le risque de contamination, y compris par l'utilisation du préservatif, peut accomplir un premier pas vers le respect de la vie des autres, même si le mal de la prostitution demeure dans toute sa gravité».

Le problème posé par une prévention uniquement sanitaire est celui de la banalisation des pratiques sexuelles. La fin ne justifie en aucun cas les moyens. La transmission du VIH est, la plupart du temps, la résultante d'un comportement qui en est le facteur. Il est indispensable de soigner toutes les personnes et d'en appeler à la solidarité pour l'accès aux soins. Mais il est tout aussi nécessaire de soigner le comportement sexuel de la personne qui, grâce à une attitude moralement responsable, s'abstient de pratiques sexuelles psychologiquement dissonantes et moralement contestables, évite de transmettre le VIH. La vision simpliste et précaire de la sexualité favorise la diffusion des maladies sexuellement transmissibles. Elle est souvent présentée comme une réalité qui relève du domaine de la vie privée. Éliminer la dimension sociale de la sexualité humaine concourt à ne se référer ni à ses processus psychiques ni aux normes morales. Dès lors nous assistons à une grave altération du sens des valeurs à partir desquelles

se régle le comportement sexuel. Nous devons en tenir compte afin d'évaluer et orienter la prévention dans une perspective qui consiste à humaniser l'acte sexuel dans la symbolique d'une parole donnée qui engage.

En réalité, ce sont surtout les progrès réalisés par les avancées pharmaceutiques, grâce aux anti-rétroviraux, qui ont fait diminuer la mortalité et la transmission du VIH. Ce constat n'invalide pas le concept de la prévention. Encore faut-il savoir en quels termes il convient de la penser et de la réaliser.

Autrement dit en voulant se restreindre à une représentation utilitaire et sanitaire de la sexualité, nous faisons l'impasse sur de nombreux enjeux psychologiques, sociaux et moraux. Nous avons donc à nous interroger sur le sens de la sexualité humaine (chapitre 1), sur le sens de l'éducation sexuelle (chapitre 2) et sur le sens des valeurs que nous avons à transmettre (chapitre 3).

Chapitre 1 Le sens de la sexualité humaine

La sexualité humaine a besoin d'être comprise pour elle-même. Elle risque aujourd'hui d'être redéfinie à partir d'aspects circonstanciés et contextuels qui sont plus ou moins en décalage avec sa structure.

Elle sera ainsi définie au nom du concept de la *santé reproductive* réduite à la contraception et à l'avortement qui nie le sens de la génération et donc de l'altérité. Elle est également présentée en termes de protection sanitaire pour éviter les infections sexuellement transmissibles (IST). La tentative idéologique de la *théorie du genre*, conçue sur l'égalitarisme des orientations sexuelles, participe de la même idée en fondant sur une base culturelle l'identité de l'homme et de la femme. Elle nie ainsi l'identité personnelle de chacun qui ne serait qu'un produit social. L'égalité entre l'homme et la femme est une idée fondamentale à accepter. Mais cette vision culturelle de l'identité masculine et féminine, remet en question la différence sexuelle au bénéfice de

l'indistinction sexuelle au nom des *identités de genre et des orientations sexuelles*. Une conception idéaliste et sexuellement désincarnée de la condition humaine.

Nous nous méprenons également lorsque des particularités sexuelles sont présentées comme des qualités quasi ontologiques de la personne. La réflexion est inhibée et faussée par la contrainte sociologique de la «non-discrimination» qui, au nom de l'égalitarisme, considère que les *orientations sexuelles* présentées comme des identités sont d'égales valeurs, alors qu'elles relèvent de la catégorie des désirs. Elles sont plutôt le symptôme de conflits intrapsychiques dans l'histoire subjective d'un sujet. Un problème épistémologique se pose ici que l'on se refuse, pour l'instant, à prendre en compte en confondant l'identité (un donné à intégrer) avec une *orientation sexuelle* (une inclination psychique).

Il semble donc difficile de vouloir définir la sexualité à partir des maladies sexuellement transmissibles, des moyens prophylactiques, de la séparation de la génération, mais aussi selon les *orientations sexuelles* et les différentes pratiques sexuelles recherchées pour elles-mêmes sans tenir compte de la structure de la sexualité humaine et de sa finalité.

a. Les comportements actuels

1. Un long parcours affectif, plus ou moins chaotique, est vécu chez les jeunes de 15 à plus de 30 ans. Certains s'impliquent dans une vie affective restreinte à des élections sentimentales plus ou moins passagères. Ils sont en attente et espèrent faire l'expérience de l'amour. La plupart du temps, il s'agit surtout de relations d'attachement marquées émotionnellement. Face à l'échec des ruptures, ils sont déçus et finissent par ne plus croire que l'amour soit possible entre un homme et une femme alors qu'ils ont vécu des épisodes sentimentaux sans avoir encore fait l'expérience de l'amour. La démultiplication d'expériences sentimentales ou sexuelles n'est pas source de maturation. Elle est acquise lorsque les tâches psychiques qui permettent la relation amoureuse,

ont réalisé leur travail intérieur à travers le processus de la subjectivation des désirs et de l'économie libidinale.

2. Des études le confirment, les représentations sexuelles qui organisent parfois la psychologie des jeunes sont souvent d'origine pornographique et, la plupart du temps, ils découvrent la sexualité à partir de sites érotiques sur Internet largement fréquentés (25% des consultants du net, et 74% des jeunes. Entre 10 et 17 ans 40% ont déjà vu de la pornographie). Il n'est pas étonnant de constater que les images sexuelles, et des pratiques plus ou moins violentes, qui reviennent le plus souvent chez des jeunes, sont relatives aux pulsions partielles, à une sexualité orale et anale, cruelle, voyeuriste et exhibitionniste.

3. Il est important de prévenir les jeunes contre les infections sexuellement transmissibles. Mais la prévention contre le Sida s'est surtout inspirée de la valorisation des pratiques sexuelles et de la confusion des identités sexuelles pour présenter des moyens prophylactiques qui, ce faisant, confortent et banalisent les modèles d'une sexualité anti-relationnelle puisqu'elle est dissociée de l'affectivité et de la dualité des sexes.

4. Fort heureusement, de nombreux jeunes veulent se dégager des images d'une sexualité réduite à des pratiques pendant que d'autres aspirent à découvrir le sens de ce qu'elle représente dans l'amour. Tout un type de prévention passe à côté de cette aspiration légitime des jeunes sans oser leur dire qu'il y a des conditions pour s'exprimer sexuellement, afin de les aider à grandir et à s'inscrire dans un développement affectif de leur désir.

b. Le statut de la sexualité humaine

1. La sexualité humaine n'est pas comparable à la sexualité animale qui est uniquement centrée sur la reproduction. Elle est la conséquence d'une maturation affective de la relation humaine et s'élabore à travers un système de représentations mentales qui sont la résultante des opérations

psychiques permettant de passer de la sexualité infantile des pulsions partielles à la sexualité objectale. La psychologie masculine ou féminine se développe toujours en extension à l'intériorisation du corps sexué ; un processus actuellement remis en question au bénéfice d'une vision imaginaire et déréelle du corps.

2. Nous sommes passés, depuis les années 1950-1970, de la recherche d'une qualité relationnelle entre les hommes et les femmes à celle des pratiques sexuelles issues des pulsions partielles avec lesquelles le sujet s'affirme. Elles sont voulues pour elles-mêmes et dissociées d'un engagement affectif durable. L'idée se propage que l'expression sexuelle serait neutre et que, répétée à loisir, elle serait sans aucune conséquence sur les personnalités et le lien social. Elle serait un geste insignifiant alors que beaucoup de personnes en sortent psychiquement abîmées et deviennent cyniques à ce sujet. On a même laissé entendre que la relation entre deux personnes de même sexe était équivalente au couple formé par un homme et une femme, alors qu'il y a une différence de nature entre l'un et l'autre et que le mariage n'a de sens que dans l'altérité sexuelle. Ainsi la *Révolution sexuelle* a davantage libéré la sexualité infantile, celle des pulsions partielles et des identifications primaires, qu'elle n'a favorisé une meilleure communication entre les hommes et les femmes dans le lien sexuel.

3. Dans trois essais sur la *théorie de la sexualité*, Freud a décrit la structuration de la sexualité humaine autour de trois idées :

a) il dit que «la fin de la pulsion est la relation à l'objet», c'est-à-dire à la personne. Or, dans le contexte actuel, la pulsion est souvent recherchée pour elle-même indépendamment d'une qualité relationnelle et d'un engagement.

b) Si dans la sexualité infantile, le sujet recherche le plaisir pour lui-même car il croit qu'il est l'objet de son désir et que la source du plaisir est en lui, arrivé à maturité il découvrira que le plaisir est une conséquence de la relation à l'autre.

c) L'acheminement vers la maturation dépend de l'intériorisa-

tion de l'altérité sexuelle puisque l'autre c'est toujours l'autre sexe ; et de l'acceptation, dans sa sexualité, de la présence d'une autre génération pour lui donner la vie.

C'est pourquoi, la relation sexuelle n'existe pas. Elle implique une relation globale et préalable à l'expression génitale dans laquelle les époux se rejoignent intimement.

4. Le Bienheureux Jean-Paul II a rappelé dans ses catéchèses sur le corps, que la relation engagée entre un homme et une femme s'exprimera sexuellement dans le désir de se rejoindre intimement pour unifier les époux dans leur vie conjugale. Ils se donnent ainsi vie l'un à l'autre dans la jouissance à être ensemble. Et c'est parce qu'ils sont dans cette unité qu'ils pourront devenir procréatifs et appeler à la vie les enfants dont ils peuvent assumer l'éducation. La sexualité humaine est ainsi *unitive* et *procréative*. Le Pape Benoît XVI a également signifié dans son encyclique «*Deus caritas est*» que *l'éros* est au cœur de l'expression intime de la vie conjugale (n. 5). En créant le mariage, fondé sur la liberté et l'amour, le christianisme a libéré la sexualité dans l'amour conjugal en associant éros et agapè.

Chapitre 2

Le sens de l'éducation sexuelle

1. Lorsque nous parlons d'éducation sexuelle, nous avons à nous interroger afin de savoir ce que l'on veut dire en parlant de cette façon, ce que l'on veut faire et ce que nous voulons éduquer?

Devons-nous simplement inviter les jeunes à se protéger, leur décrire des pratiques sexuelles et la façon de les vivre sans danger pour les conforter dans une sexualité pulsionnelle? Certains adultes affirment que «les rapports sexuels sont normaux dès 14 ans avec le consentement de l'autre», les provoquant ainsi à agir sans autre forme de réflexion, au nom de la fausse valeur du «consentement». Ou bien devons-nous les aider à réfléchir et à penser leur sexualité dans tous ses aspects significatifs afin qu'ils en intègrent les diverses caractéristiques, qu'ils apprennent

à aimer, à savoir s'engager et à être fidèles dans une dimension relationnelle?

La sexualité prend tout son sens dans l'éducation de la vie affective, afin de faciliter chez les jeunes l'association de leur génitalité à leur affectivité en apprenant à aimer. C'est en réfléchissant de cette façon que nous favorisons un comportement responsable pour humaniser leur sexualité.

2. La pratique de la réflexion sur la sexualité avec des jeunes nous a appris que ce qui compte le plus dans le message, ce n'est pas d'abord le contenu du message mais la qualité de celui qui l'émet. De plus, ce qui se transmet à travers tous les discours sur la sexualité c'est d'abord la structure même du sens qui se cache derrière la démonstration. Or, reconnaissons-le, le seul matériau donné à des jeunes reste uniquement du domaine sanitaire et relève de techniques qui entretiennent le pragmatisme ambiant d'une sexualité ludique et hédoniste. Il est donc important de réfléchir sur des questions de sens dont dépend la sexualité plutôt que de favoriser sa mise en acte avec des moyens de protection.

3. Actuellement, le discours central de l'éducation sexuelle consiste à présenter et à exhiber devant des jeunes la sexualité des adultes. Les pratiques de ces derniers sont évoquées, au lieu de tenir compte de ce que vivent les jeunes à leur âge, de leurs interrogations et des nécessités éducatives: nous les mettons en position de voyeur. Il y a ainsi une forme d'éducation sexuelle vécue comme une tentative de séduction, qui les maintient dans cette économie et provoque une excitation et un débordement chez certains. Ils vont mettre en acte de façon réactionnelle ce qu'ils ont ressenti sans pouvoir encore le situer et l'assumer. Ils ne peuvent assimiler des informations sexuelles qu'à la mesure de l'image qu'ils ont de leur corps. Sinon ces informations sont ignorées. Ils ont besoin de se découvrir à partir de leur éveil progressif sans que celui-ci ne soit précipité de façon anxieuse par les adultes. Il y a ainsi un type d'éducation sexuelle qui est psychologiquement inutile, et parfois

dangereux, quand il altère la représentation sexuée du sujet.

4. Le processus de subjectivation permet à la sexualité d'entrer progressivement dans l'ordre du langage pour la parler, la penser et l'élaborer avant de l'agir. Elle accède ainsi à la dimension symbolique. Le sujet va chercher à identifier ses sentiments et ses émotions et la nature de sa relation, à se situer vis-à-vis de la différence sexuelle et de la complémentarité des sexes, et il réunira les conditions psychiques pour s'acheminer vers l'ordre de l'amour. Celui-ci n'est possible que dans une relation partagée entre un homme et une femme. Parvenu à ce stade, il comprendra son corollaire essentiel: un engagement irrévocable. Dire à l'autre: «je t'aime» signifie: «je ne veux pas que tu meures». L'amour implique donc la durée, la promesse d'être donné l'un à l'autre, d'être fidèle et de faire histoire ensemble. Ce sont autant de valeurs que les jeunes et les adultes attendent mais qui ne sont pas valorisées dans le monde actuel.

5. L'éducation sexuelle est devenue un enjeu idéologique et politique. Les Organisations internationales et les États ont tendance à se substituer aux parents et aux éducateurs en imposant un modèle inspiré par des exigences sanitaires et par la *théorie du genre*, au nom des *identités de genre et des orientations sexuelles*. La responsabilité parentale est essentielle dans ce domaine et aucun éducateur, aucune institution éducative et scolaire ne doit intervenir sans l'accord des parents. Des programmes sont mis en place actuellement au point de déposséder des parents de leur rôle en les déclarant incompetents. Il n'est pas admissible que la loi se donne ainsi le droit de démissionner les parents de leur responsabilité éducative et de les punir de peines de prison quand ils refusent que leurs enfants participent à des cours d'éducation sexuelle obligatoire à l'école (cf. en Allemagne une mère de famille a été condamnée à 45 jours de prison en février 2011, dans l'indifférence générale des médias). Les dernières directives en matière d'éducation sexuelle de l'UNESCO sont sujettes à caution

quant à l'application de ce type de programme qui inaugure une autre anthropologie au nom de nouvelles valeurs.

L'éducation sexuelle est ainsi réduite à la volonté de créer de nouvelles valeurs comme, par exemple, celle du «consentement» entre les personnes. Cette morale du «consentement» est problématique, car elle fait entièrement l'impasse sur l'objectivité d'un acte humain qui relève du registre de la signification du bien ou du mal. Ce n'est pas l'intention et les exigences subjectives du sujet, même si elles ont leur importance, qui font la valeur d'un acte, mais plutôt son adéquation avec le sens objectif de l'amour.

6. Le message que nous donnons aux jeunes va à l'encontre de ce qu'ils ont besoin d'entendre au moment de la maturation de leur sexualité. Les avertissements sur les risques d'infections sexuelles sur lesquelles ils doivent être évidemment prévenus font naître un doute sur la confiance à l'égard de l'autre. Et la prescription en matière de contraception et d'avortement, qui met l'accent sur le danger que représente la fertilité, est une négation de leur sexualité qui se développe. Au moment où ils s'éveillent, ils entendent une parole castratrice qui suscite des conduites réactionnelles comme on l'observe à travers l'augmentation de l'avortement chez les moins de 19 ans. En réalité, plus ils sont conditionnés par l'idéologie sécuritaire de la protection sanitaire et plus ils adoptent des conduites risquées et irresponsables de façon réactionnelle pour se libérer de la castration ambiante. Nous devons oser leur dire avec intelligence qu'ils ne sont pas en âge de s'exprimer génitalement. Leur tenir ce discours les rassure et les libère la plupart du temps. L'expérience pédagogique en ce domaine confirme que c'est parce qu'ils intègrent cette dimension procréative en comprenant qu'ils peuvent devenir père ou mère qu'ils deviennent responsables de leur sexualité et de leurs sentiments, car ils découvrent que leurs gestes sexuels les engagent plus qu'eux-mêmes.

7. Enfin, la sexualité doit toujours être présentée aux jeunes dans sa double finalité: *unitive*

pour nourrir et renforcer l'acte conjugal et *procréative*, afin d'appeler à la vie des enfants que l'on peut éduquer. En dissociant la sexualité unitive de sa dimension procréative, nous risquons de favoriser des personnalités irresponsables. Elles finissent par considérer l'acte sexuel comme le simple usage d'un plaisir sans lendemain alors qu'il est une modalité de la relation amoureuse.

Chapitre 3 Les valeurs à promouvoir

1. Nous devons nous interroger afin de savoir si nous avons une conception commune de l'humanité, et donc de la sexualité, qui traverse toutes les cultures puisque nous participons à une égale humanité?

La sexualité est-elle simplement une activité d'assouvissement, utile et ludique pour faire baisser la tension émotionnelle en chacun ou bien est-elle une modalité de la relation amoureuse dans un lien engagé entre un homme et une femme?

La ligne de fracture se situe entre ces deux conceptions: la première participe du mouvement des *identités de genre et des orientations sexuelles*, pendant que la seconde s'articule sur la différence sexuelle et la symbolique qu'elle implique dans la relation conjugale et familiale.

2. Un autre enjeu, souvent oublié, est celui de l'accès à la symbolisation de la sexualité. Du point de vue psychologique, il est important de tenir compte des tâches psychiques de la subjectivation de la sexualité et de privilégier l'éducation morale qui favorise l'intériorisation significative de la vie pulsionnelle. Cette perspective nous éloigne du modèle d'une sexualité pragmatique, fondée sur les *orientations sexuelles* et qui est source de violences. La subjectivation de la sexualité permet au sujet de hiérarchiser la réalisation de ses désirs et, de ce fait, de savoir assumer et orienter son vécu interne dans le sens de l'amour. Il s'achemine ainsi progressivement dans la symbolique sexuelle qui inscrit sa vie pulsionnelle dans une dimension relationnelle.

3. Il nous faut réfléchir sur la signification de l'amour et ses modes de régulation que sont; la chasteté, l'abstinence et la fidélité sous un angle psychologique et philosophique, et selon les principes de la raison, afin de disposer au départ d'une base commune à notre étude. Cela ne nous empêchera pas de souligner certains aspects théologiques propres à l'intelligence chrétienne.

a. Éduquer au sens de l'amour

1. Les jeunes sont parfois dans la confusion des sentiments et certains se laissent facilement déborder par leurs émois. Il leur manque un code du sens de l'amour et de sa morale pour se développer. La question préliminaire à se poser est de savoir qu'est-ce que l'amour puisqu'il ne se confond pas avec un sentiment? Il est un ordre relationnel dans lequel s'intègrent les émotions, les sentiments et les traits sexuels dans un engagement à l'égard de l'autre.

Aimer c'est se donner et établir une communion dans la vérité du sens des relations, dans le respect et l'estime de l'autre et dans le désir d'appeler à la vie des enfants, afin de transmettre ce que l'on a reçu. L'amour est fondé sur le sens de l'altérité des sexes et donc de l'intériorisation de la personne de l'autre sexe, et en étant capable de s'engager dans une relation qui implique la conjugaison des sexes; ce qui exclut l'unisexualité des partenaires.

2. L'amour implique plusieurs exigences structurant le désir:

- avoir le sens de la liberté qui s'accompagne toujours du sens de la responsabilité. Une liberté qui se déploie, grâce à un discernement rationnel, qui signifie la nature de la relation dans laquelle l'acte sexuel sera possible.

- Vivre le sens de l'engagement qui inscrit dans le temps et la durée, en apprenant dès l'enfance et l'adolescence à savoir tenir sa parole, ses promesses, ses serments et ses responsabilités.

- Vivre le sens de la fidélité et de la générosité qui sont des valeurs de la vie et participent à la morale relationnelle qui fonde la morale sexuelle.

Dans la mentalité individualiste et pragmatique actuelle, être responsable c'est faire ce que l'on veut et être responsable uniquement par rapport à soi-même. Or la vraie responsabilité se joue toujours par rapport à une autre dimension que soi et non pas en se prenant soi-même comme référence (cf. le consentement).

3. La personne arrivée à la maturité sexuelle va qualifier affectivement sa sexualité sans se maintenir dans le besoin d'exprimer le sexe pour le sexe. Nous l'avons souligné, la finalité de la pulsion est dans le lien à la personne et le plaisir est la conséquence d'une relation située et réussie. Ainsi l'autre sera aimé pour sa valeur personnelle et originale et non plus pour la fonction de soutien, de sécurité, de valorisation qu'il peut remplir.

b. Éduquer au sens de la chasteté

1. La vie pulsionnelle ne s'éduque pas puisqu'elle est un mouvement inconscient qui a sa propre autonomie. En revanche, ce sont les chemins empruntés par la pulsion qui seront à la source des conduites de la personnalité et qui pourront être éduqués.

Si les tâches psychiques consistent à associer génitalité et affectivité, la chasteté est l'attitude morale et spirituelle qui permet d'unifier la sexualité à partir du sens de l'amour.

2. Dans une perspective chrétienne, elle est aussi un don de Dieu, une grâce et le fruit d'une vie spirituelle active. Elle comporte l'apprentissage de la maîtrise de soi, qui est une pédagogie de la liberté humaine pour ne pas être soumis aux pulsions ni aux influences extérieures. Les fruits de la chasteté sont la joie, la générosité et la fidélité pour vivre de l'amour qui inspire sa vie.

3. La chasteté qui ne se confond pas avec la continence, est justement la vertu du respect de soi et de l'autre, de l'engagement et du don de soi irréversible, malgré la complexité des désirs et leur réalisation.

Benoît XVI l'a dit: «*La vertu de la chasteté [...] n'est pas un 'non' aux plaisirs et à la joie de la vie, mais un grand 'oui' à l'amour comme communication profonde*

entre les personnes, qui demande du temps et du respect comme un cheminement ensemble vers la plénitude et comme un amour qui devient capable de générer la vie et d'accueillir généreusement la vie nouvelle qui naît» (Discours du 13 mai 2011 aux participants du Colloque organisé par l'Institut Jean-Paul II à Rome).

c. *Éduquer au sens de l'abstinence sexuelle*

1. L'acte sexuel n'est pas une obligation ni une nécessité quand la sexualité est vécue et assumée dans une vie affective située dans un engagement.

2. L'abstinence sexuelle ne se présente pas tant comme une privation, mais comme la condition même du murissement des désirs là où l'environnement actuel, d'une société érotisée avec un déploiement suggestif de visuels, incite à vivre des passages à l'acte séparés de toute dimension affective, à l'impulsivité et à des conduites addictives.

3. L'abstinence sexuelle est l'occasion d'œuvrer sur soi et de se préparer au don de soi-même dans l'altérité sexuelle. L'abstinence sexuelle est ainsi un temps d'apprentissage et de murissement, un espace de préparation pour l'amour de l'être aimé.

d. *Éduquer au sens de la fidélité*

1. La fidélité est une des conséquences pratiques exigées par l'amour. La personnalité qui intègre la pulsion sexuelle dans son affectivité, prépare les conditions psychologiques de l'accès à la symbolique de l'amour.

Mais les problèmes posés par divers comportements sexuels actifs des pathologies virales, favorisent des désarticulations idéologiques au nom des *orientations sexuelles* et entraînent des déchirures relationnelles du fait de l'infidélité et des séparations, qui posent de plus en plus des problèmes de société et de santé psychologique et morale.

Dans ce contexte, il apparaît important d'éduquer au sens de la fidélité. Rien de durable, d'authentique et de fort ne peut se constituer en dehors de la fidélité.

L'infidélité est une insulte faite à l'autre et au corps social, une mésestime à son égard et un désaveu de la parole donnée. Le conjoint lésé en est profondément blessé et meurtri.

2. Il y a du divin dans une relation amoureuse. Il ne s'agit ni d'une relation de charme, ni de dépendance, ni d'assouvissement, mais d'une relation d'alliance qui porte du fruit. Elle implique la fidélité. L'amour authentique est alliance et dure de façon irréversible dans le pacte conjugal. La fidélité est une des qualités à honorer dans l'alliance fondée entre les conjoints au nom de l'amour. C'est pourquoi, il semble contradictoire de poser les signes sexuels de l'alliance avant qu'elle ne soit engagée dans le mariage et il est pour le moins injuste de s'exprimer sexuellement en dehors de cette fidélité.

3. Les hommes connaissent leurs faiblesses et leurs fragilités, voire leurs péchés. Ils ne sont pas condamnés à rester dans leurs errements et dans leur désarroi stérile après avoir vécu des illusions sentimentales. Le Christ nous a appris à pardonner et à recevoir le pardon à la suite des offenses faites aux lois de l'amour. Pour celui qui se repent devant Dieu, il est ainsi renouvelé et s'offre à lui une rédemption avec de nouvelles motivations qui l'invitent à changer de comportement et à vivre autrement. Dans cette relation au Christ, il pourra demander pardon au conjoint offensé et repartir, si possible, dans une relation réconciliée après avoir retrouvé sa bienveillance.

4. La fidélité se joue au cœur de l'intériorité de la vie psychique et de la conscience morale. Elle s'éduque dans l'apprentissage du sens de l'autre et de la qualité de ses sentiments personnels. La fidélité est la preuve donnée à l'autre de son amour. Elle en signifie l'engagement dans la durée, et se scelle dans l'alliance conjugale au sein de l'institution matrimoniale.

L'expérience de la préparation au mariage montre bien que l'idée de se marier fait travailler sur soi-même et participe ainsi à son développement personnel dans l'altérité sexuelle. Ceux qui sont

mariés savent bien aussi, malgré l'ambivalence et l'inconstance des sentiments, que le fait d'être marié provoque, dans le meilleur des cas, à chercher à affiner sa relation à l'autre. La réflexion sur la sexualité *unitive* et *procréative*, tout en comprenant le sens de la limitation des naissances, en utilisant des moyens moralement licites et encore davantage dans une époque où nous devons veiller aux équilibres écologiques, permet de devenir responsable de sa vie affective et sexuelle. Les jeunes réalisent ainsi que leurs gestes les engagent au-delà d'eux-mêmes. Dans ces conditions, ils acquièrent de la maturité et se maîtrisent de façon responsable quand ils savent qu'un jour, ils pourront être père et mère, grâce à l'union conjugale scellée dans l'alliance conjugale. L'amour n'est pas un sentiment ni l'usage possessif de l'autre, mais une alliance qui fait mûrir en humanité la vie affective.

Conclusion

1. Nous l'aurons compris, le discours sanitaire en matière sexuelle, si utile par ailleurs quand il se situe dans ses limites, n'est pas la mesure du bien. Il est toujours relatif au sens et à la finalité de la sexualité humaine.

2. La contribution de l'Église est déterminante en matière de prévention face au grave problème de santé publique et de la conscience morale que représente la transmission du VIH. Elle soutient les valeurs de l'abstinence, de la chasteté et de la fidélité qui sont les conditions de l'amour et permettent de le comprendre et de l'intérioriser, et ainsi de devenir responsable de ses actes. Elles sont les critères éducatifs à mettre en œuvre dans les campagnes de prévention contre le sida. Il est nécessaire d'en appeler ainsi à la conscience psychologique et morale, car elle est le lieu des remaniements internes et des décisions éthiques que des prescriptions sanitaires ne peuvent pas, à elles seules, mobiliser et ennoblir.

Le Bienheureux Jean-Paul II, lors de son discours aux jeunes de Kampala (Ouganda 1993), rappelait combien le sens authentique

de l'amour libère de la possession d'autrui et engage au-delà de soi-même. «*Les gestes, dit le Saint-Père, sont comme des «paroles» qui révèlent ce que nous sommes. Les actes sexuels sont comme des «paroles» qui révèlent notre cœur (...). Le «langage» sexuel honnête exige un engagement à la fidélité qui dure toute la vie. Donner votre corps à une personne, c'est vous donner tout entier à cette personne.*» Le Pape, d'heureuse mémoire, fut largement entendu par les jeunes, même s'ils savent que les chemins de l'amour ne coïncident pas avec la facilité. C'est pourquoi, ils étaient attentifs à ses réflexions pour orienter leur existence.

3. Les principes éducatifs à mettre en œuvre se résument de la façon suivante:

– 1 il nous faut favoriser l'intériorisation de la sexualité, selon les différents âges de la vie, en tenant compte des processus psychiques de la maturation du stade génital et de sa symbolisation, et des exigences morales de l'amour.

– 2 La prévention doit-être centrée sur la découverte de la richesse à s'engager au nom de l'amour, afin d'en comprendre ses modes de régulation à travers le sens de l'abstinence comme préparation du don de soi, le sens de la chasteté comme respect de soi et de l'autre et le sens de la fidélité comme preuve de l'amour donné, qui sont à la base du développement de la relation amoureuse.

– 3 L'éducation au sens de la responsabilité personnelle dans la recherche du bien moral de

l'amour, se réalise toujours en présentant l'expression sexuelle unissant davantage les époux et sa dimension procréative révélant que les actes humains personnels engagent plus que soi-même. Les jeunes et les adultes pourront ainsi apprendre à situer et travailler leurs sentiments, leurs émotions et leurs attraits dans la perspective de l'amour.

Benoît XVI souligne combien l'homme est appelé à aimer dans l'unité du corps et de l'esprit.

«*Si l'homme aspire à être seulement esprit et qu'il veut refuser la chair comme étant un héritage simplement animal, alors le corps et l'esprit perdent leur dignité. Et si, d'autre part, il renie l'esprit et considère donc la matière, le corps, comme étant la réalité exclusive, il perd également sa grandeur. ... Mais ce n'est pas seulement l'esprit ou le corps qui aime: c'est l'homme, la personne, qui aime comme créature unifiée, dont font partie le corps et l'âme. C'est seulement lorsque les deux se fondent véritablement en une unité, que l'homme devient pleinement lui-même*» (Benoît XVI, lettre encyclique *Deus caritas est*, n.5).

Notes

¹ Note sur la banalisation de la sexualité à propos de certaines interprétations de «Lumière du monde», de la Congrégation pour la Doctrine de la Foi, 21 décembre 2010. Voir également: JEAN LAFFITTE, La sollicitude de l'Église pour les malades du sida – exercice de la sexualité, usage du préservatif dans et hors du mariage – in *Studia Moralia*, 49/1 2011, Editiones Academiae Alfonsia-

nae, Roma. Juan José Pérez-Soba, L'amore coniugale ai tempi dell'Aids in l'Osservatore Romano, mai 2011.

² Il faudrait s'interroger ici afin de savoir ce qu'est l'homosexualité, à partir de quelle forme de sexualité la société s'organise et que signifie l'égalité du droit au mariage pour tous, alors que celui-ci relève de conditions bien précises qui ne sont pas extensibles à n'importe quel type d'association? Il est pour le moins étrange de voir attribuer les catégories qui sont le propre d'un couple formé par un homme et une femme à un duo de personnes de même sexe. Ce qui prouve le déficit de pensée à ce sujet pour assister à ce nivellement conceptuel. Le débat à l'Assemblée nationale française (mercredi 25 mai 2011) au sujet d'un projet de loi en faveur du mariage entre personnes de même sexe, manifeste une pauvreté de la réflexion anthropologique qui est masquée par des affirmations sociologisantes, au nom du principe de la «non-discrimination» et de l'égalité de tous devant la loi. À la suite de modifications législatives, présentées comme de simples aménagements techniques qui ne changent pas la nature des choses, le mariage-institution est devenu au fil des années un mariage-contrat et, dans ce sens, accessible à tous comme le contrat de location d'un appartement. La loi civile modifie bien la structure du mariage. Le couple, le mariage et la famille cellule de base de la société se trouvent ainsi déstabilisés, ce qui est source d'insécurité, d'incertitude et donc de violences dans le lien social. De plus, si l'on vise l'intérêt de l'enfant, celui-ci a davantage besoin d'un homme qui soit son père et d'une femme qui soit sa mère pour se développer entre l'un et l'autre que d'un duo unisexué qui n'a pas la capacité de représenter l'altérité sexuelle. Il lui est nécessaire d'être dans la cohérence de la façon dont il a été sexuellement conçu par un homme et une femme et l'exercice de leur sexualité commune. La loi civile est ainsi fabriquée au nom de «l'évolution» des mœurs et des «diversités» (en matière sexuelle) au détriment du bien commun. On croit renforcer «le vivre ensemble» et l'unité de la société alors qu'on la morcelle et la cloisonne à partir d'individus particuliers et de situations contradictoires. Autrement dit, ce n'est pas la «diversité» des orientations sexuelles qui unifie la société, mais le sens de l'intérêt général. Ces enjeux sont à prendre en compte dans l'éducation sexuelle largement influencée par la théorie du genre et par la définition de la sexualité en termes d'identités de genre et d'orientations sexuelles.

La centralità della persona nella prevenzione e nel trattamento della malattia da HIV: esplorando le nuove frontiere

PROF. GIANCARLO CESANA

*Prof. di Igiene,
Università degli Studi
di Milano-Bicocca
Presidente Fondaz. IRCCS
Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico,
Italia.*

The centrality of the person in the prevention and treatment of illnesses caused by HIV: exploring new frontiers.

Love kills through AIDS, venereal diseases and affective disorder when it is not second nature, when it becomes an assertion of one's own autonomy, and when it does not acknowledge God. AIDS is not only a pathology, it is an emblematic aspect of this disorder. For an authentic reading of human love we should introduce a centre of attraction which instead of killing saves. This centre is Christ who made human love known as self-giving, as sacrifice, as concern for other people. In this approach, on the one hand, every effort is needed as regards the prevention and treatment of AIDS, but, on the other, this disease and malady become no longer frightening.

Essendo stato da poco nominato membro del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, volevo ringraziare per questo e, in particolare, mons. Zimowski per avermi invitato qua a suo rischio e pericolo, in quanto, essendo professore di Igiene, non mi sono mai occupato di AIDS. Faccio quindi delle considerazioni non da esperto, il che potrebbe essere un vantaggio perché potrei essere un'espressione di quello che capiscono tutti.

Da quello che abbiamo sentito stamattina, che è stato veramente un insieme di contributi notevoli, pensando soprattutto alla relazione del prof. Perno, mi pare che le cose vadano bene, nel senso che la diagnosi, la terapia, lo sforzo delle organizzazioni, tra cui anche la Chiesa, ha molto ridotto la mortalità e la riduzione dell'aspettativa di vita connesse con l'AIDS; per cui il problema potrebbe essere considerato in via di risoluzione.

Ma, come abbiamo sentito sempre questa mattina, non è così perché ci sono 32 milioni di infettati con 2 milioni di morti. L'AIDS è un problema ancora enorme ed è tale, secondo me, soprattutto per una questione concettuale di base, rappresentata bene da una canzone dei Queen di qualche anno fa, "Love kills": l'amore uccide. Il leader dei Queen è morto proprio di AIDS. L'amore uccide attraverso l'AIDS, le malattie veneree, il disordine affettivo, quando non è secondo natura, quando diventa affermazione della propria autonomia, quando non riconosce

Dio. Questo è il dramma in cui viviamo, di cui l'AIDS è un aspetto emblematico, ma certamente non esaustivo.

Questo dramma nei testi di medicina non si affronta mai, perché la medicina, come diceva Von Weizsäcker all'inizio del secolo scorso, non ha una propria dottrina dell'oggetto del suo studio; non ha l'idea dell'uomo. Il problema è grave perché sicuramente l'amore è un comportamento, ma nasce da un'attrazione; quindi per cambiare le dimensioni dell'amore, bisogna introdurre un centro di attrazione che, invece di uccidere, salva.

Per questo è venuto Cristo; per questo siamo cristiani. Senza Cristo non conosceremmo il metodo dell'amore che salva – che è quell'amore che si afferma come sacrificio, che riconosce la presenza, il destino dell'altro che si sottrae a Dio. Il grande dramma, che ci richiama la questione dell'AIDS, per cui dobbiamo fare tutti gli sforzi per quel che concerne prevenzione e trattamento. Ci aiuta a capire, in termini esistenziali qualcosa di più: di fronte a tutte le percentuali che descrivono le tragedie, bisogna sempre ripartire da uno, dal punto che ha introdotto nel mondo, quell'attrazione diversa per cui l'amore non uccide più, ma salva, e la malattia e il male non fanno paura. Ci si può così dedicare con speranza alla lotta contro l'AIDS e gli altri flagelli, come si vedeva prima nel filmato, dalle facce di quelli di Sant'Egidio.

La prevenzione e il trattamento della malattia AIDS: Aspetti bioetici

PROF. FILIPPO M. BOSCIA

Presidente della Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici. Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

The prevention and treatment of the pathology of AIDS: bioethical aspects

The pathology of AIDS is connected with the affections, with the intimate world, with lifestyles and with sexuality. The promotion of the health of young people and adults in the world is indispensable. But in every project attention must be paid to the anthropological approach, which is made even more necessary at a time when medical science tends to exalt strategies for treatment rather than strategies for prevention. Thus, after examining the ethical questions and issues of experimentation, the behaviour of the pharmacological industry and the political/health-care policies that are involved, it is affirmed that to be effective a campaign for the prevention of AIDS must have as its goal education in affective life and a change in behaviour so as to eliminate or reduce the risk of infection.

Molte malattie sollevano implicazioni di ordine etico ma fra queste l'AIDS sembra essere un vero e proprio collettore di fondamentali questioni non solo di tipo scientifico ma soprattutto morali e biomediche. Non bisogna mai dimenticare che questa sindrome da immunodeficienza acquisita ha profonde e radicate origini nel comportamento delle persone, né va dimenticato che, con tutta rilevanza, le radici del-

la malattia legano l'infettività alla intimità, allo stile di vita, alla sessualità, al comportamento della persona, pur soggettivamente controllabile.

La promozione della salute dei giovani e degli adulti in tutte le parti del mondo è indispensabile ma in ogni progetto non deve mancare mai l'attenzione all'approccio antropologico che va sottolineato e sempre rimarcato, soprattutto nell'attuale momento storico e in presenza di orientamenti prevalenti della scienza medica che tendono a esaltare sempre di più gli sforzi nelle strategie di cura e sempre meno in quelle di prevenzione.

L'azione di come proteggere la salute a varie latitudini potrà essere efficace solo se l'approccio sarà allargato agli aspetti antropologici: senza questa prospettiva ogni fatica potrebbe essere vanificata. Sono assolutamente convinto della necessità prioritaria e indispensabile di azioni volte a sollecitare la percezione della dimensione etica e morale dell'agire umano e questa convinzione mi induce a proporre e sollecitare una collettiva impresa umana di buon senso fondata su una "vera alleanza" affinché si promuova ovunque un lavoro "a rete" e si attui la promozione massima di tutti i valori in gioco.

Proteggere la salute significa proteggere innanzitutto l'uomo nella sua globalità.

Nessuno deve mai dimenticare che la sessualità ha valenze tutte soggettivamente controllabili e che in una strategia di prevenzione e di attenzione la dimensione etica pretende di sottendere ogni libertà dell'agire umano. La sessualità è intima quanto l'affettività! Così come, nel caso dell'AIDS, l'infettività è "intima". Credo questa sia una verità ormai conosciuta da tutti, ma da tutti ignorata o trascurata.

Da fisiopatologo della riproduzione

vorrei ricordare alcuni innegabili assunti scientifici e antropologici: la sessualità umana responsabile ha in sé tre valenze essenziali, mai, ci si augura, scindibili fra loro: quella creativa, la ricreativa e quella procreativa:

Creativa: di affettività, di legame stabile e di lunga durata, di amore, di amicizia e fedeltà, di progettualità per il futuro, di solidarietà e sussidiarietà, di condivisione e sostegno vicendevole; creativa in sintesi di rapporti di prossimità corporea, tutti positivi ed esaltanti.

Ri-creativa: perché è innegabile che con la sessualità si ricrei salute psicologica e gioia intima, direi vera ricreazione, positiva azione che determina stabilità affettiva e duraturo interesse sentimentale.

Procreativa: perché nella sessualità v'è la massima espressione di cooperazione con il Creatore nel promuovere il dono della vita che nasce.

Qualora la sessualità sia svilita al solo aspetto ludico o gestita solo per gioco, spesso anche multipartner, allora perde il controllo della razionalità e della responsabilità personale e sociale, perde il valore di patto sociale e nega tutte le precise responsabilità sociali a essa connesse.

Certamente a ogni uomo e a ogni donna vanno riconosciuti diritti umani e civili che pretendono originaria tutela. Quando si parla della propria libertà personale non si può prescindere dal fatto che il rispetto della salute propria e della salute delle altre persone può, e deve in specifici casi, comportare restrizioni alla libertà del singolo individuo. Allora la libertà personale include anche il rilevante diritto del singolo alla conoscenza degli eventi connessi alla sessualità e all'intimità affinché il proprio consenso sia veramente informato non solo in relazione ai rischi ma anche in

relazione a tutte le importanti fasi conoscitive, informative, preventive o terapeutiche che andranno a responsabilizzare l'azione.

Questo consenso correttamente informato è un diritto da pretendere, è un dovere verso l'altro e va visto come un grande passo in avanti di civiltà nella tutela del diritto alla vita e alla salute in tutti i paesi e non solo in quelli in via di sviluppo. Questo è un irrinunciabile principio etico di tipo fondamentale al pari del principio di giustizia, di solidarietà e di promozione massima dei valori.

In questo delicato campo se non si interviene con rigore può accadere che le regole del profitto vadano a prevalere su quelle del diritto alla vita; in questa ottica vanno risottolineate molte istanze etiche particolari.

Istanze etiche particolari

Le specifiche istanze etiche legate all'infezione da HIV possono essere raggruppate in tre filoni inerenti a:

1. prevenzione e ricerca;
2. assistenza;
3. questioni generali: di politica ed economia sanitaria, direi di filosofia della medicina;
4. Diritto alla cura e all'accesso ai farmaci salvavita.

È essenziale in questo delicato compito promuovere:

- l'analisi delle conoscenze scientifiche;
- l'analisi delle risposte terapeutiche;
- la propensione per la sperimentazione;
- la necessità di accesso universale alle terapie retrovirali e alla vaccinazione nel rispetto delle condizioni di eticità per la sperimentazione di farmaci.

Allora, è indispensabile porsi delle domande e sostenere con vigore che oggi "l'uomo del presente" deve interrogare "l'uomo del passato e quello del futuro"!

A proposito della ricerca di nuove molecole e della sperimentazione occorre domandarsi fino a che punto possano essere permesse sperimentazioni di nuove terapie che apportano benefici molto più utili per i futuri ammalati che per soggetti dello studio. Ancora,

come controllare l'efficacia delle terapie? Quanti sono i soggetti che non hanno accesso alle cure? Quali garanzie vanno riservate al delicato problema della autenticità del consenso informato? Trovare volontari "consenzienti" non è difficile, ma affinché il loro consenso sia autentico si rende necessario un dialogo tra medico e paziente che vada oltre il momento della firma del modulo di arruolamento, in una sorta di "consenso continuato" per valutare, sempre accuratamente, che vi sia un equo bilanciamento tra costi e benefici.

Ancora, non essendoci una precisa linea di demarcazione tra cura e sperimentazione, a volte diventa eticamente rilevante individuare specifici criteri di inclusione negli studi che offrano, a tutte le persone infette da HIV, pari opportunità di partecipare alle possibilità provenienti dalla sperimentazione stessa.

Per tutte queste implicazioni sosteniamo, in questa sede, che particolare riguardo va riservato al problema del consenso informato affinché sia garantita assoluta autenticità.

Implicazioni politico-sanitarie

Per quanto attiene alle questioni di politica ed economia sanitaria, direi meglio di filosofia della medicina, vi sono da rilevare questioni etiche di carattere generale e particolare: priorità assoluta è quella relativa ai criteri di giustizia con cui allocare e distribuire le limitate risorse economiche, con particolare attenzione ai rapporti di collaborazione internazionale tra paesi occidentali e paesi economicamente più deboli, e quelle che si collegano alla definizione e alle finalità dell'atto medico, e cioè al tipo di rapporto medico-paziente che il contesto culturale moderno impone nei singoli paesi.

Proprio su questi campi l'AIDS ci pone oggi e ci porrà in futuro sfide complesse che riguarderanno il dovere di giustizia nella distribuzione delle risorse sanitarie.

Guarire si può! Per questo è necessaria una riflessione etico-giuridica per identificare ed esaminare le implicazioni anche mo-

rali delle risposte di politica ed economia sanitaria, per formulare eque proposte sensibili alle diverse situazioni economiche e culturali delle nostre società. Se la posta in gioco è o i farmaci o la vita, occorrerà far leva sulle comunità internazionali e ridurre i proventi delle proprietà intellettuali.

Il rapporto Paziente-Società

Il bene personale e i diritti della persona, sieropositiva o malata che sia, dovranno comporsi dunque con il bene comune della società dei sani. È attraverso la salvaguardia del bene della singola persona che si attua il bene comune. Mi sia consentito in questa prospettiva di salvaguardia parlare di prevenzione, ricerca scientifica, sperimentazione, cura.

La prevenzione

Se si esamina il panorama delle malattie che chiamiamo di origine sociale, cioè dipendenti dalle condizioni socio-ambientali, oltre che dallo stile di vita, l'AIDS resta tra i problemi più complessi da risolvere. La parola d'ordine è "prevenzione". La strada preventiva rimane quella eticamente prioritaria. Tutti sono d'accordo nell'indicare il primato della prevenzione come dovere morale e sociale perché per quanto è possibile devono essere risparmiate le sofferenze e le malattie.

La prevenzione è legata alla educazione ai valori.

L'educazione ai valori chiede che questi abbiano un alto livello di consistenza oggettiva e una forte presa soggettiva nelle coscienze, cioè siano valori veri, alti e arricchiti, scoperti, sentiti e condivisi come forze creative di vita e di novità.

È la trascendenza della persona che va recuperata. La prevenzione ha bisogno di orizzonti vasti e di valori trascendenti. Dove vi è vita spirituale vi è un'energia che trascende il mondo. Il valore assoluto della libertà è ingannevole e quando viene vissuta come fine a sé stessa inaridisce la stessa libertà e dà una visione riduttiva della vita. L'etica non può rimanere

in un libro dei sogni! Vi sono fatti fondamentali che vanno corretti.

Il rapido progresso scientifico e la programmazione applicativa genera scompensi sempre crescenti in medicina con riscontro non soltanto di spreco di denaro, pericoli alla salute, abusi morali sempre più spinti, ma anche di effetti non rimediabili.

È consigliabile non lasciarsi guidare da spinte irresponsabili nella convinzione che poi alla fine v'è rimedio a tutto.

Un altro scompenso è rilevabile tra il progresso dell'industria farmaceutica e l'applicazione assistenziale. L'industria farmaceutica mira a costruire farmaci sempre più commerciabili e spesso non si commercializzano farmaci più efficaci e ottimi se destinabili a poche persone, "di nicchia", dai quali non si ricavano profitti ingenti. È il problema dei cosiddetti "farmaci orfani". Molto spesso l'industria farmaceutica condiziona la ricerca e l'assistenza sanitaria: viceversa è la Sanità che deve orientare la ricerca farmaceutica. Forse è giunto il momento non più rinviabile di sollecitare le aziende farmaceutiche perché si riducano evidenti discrasie ma anche vengano opportunamente ridimensionati i proventi legati alle proprietà intellettuali e di ricerca. La migliore sfida economica sta nell'offrire a minor costo farmaci generici, anche combinati in poli-terapia, magari prodotti in aree geografiche ove sono ottenibili costi di produzione più bassi che nei paesi industrializzati.

Non ci si potrà lamentare della diffusione dell'AIDS e perciò raccomandare a gran voce la prevenzione, se nello stesso tempo non si andrà a frenare direttamente o indirettamente la diffusione e non si andrà a modulare quella illimitata e incoraggiata libertà che genera meccanismi che producono la malattia.

I programmi assistenziali, il progresso scientifico e i piani finanziari dovranno armonizzarsi con gli stessi valori che oggi si richiedono a gran voce per migliorare i rapporti interpersonali. Le nuove possibilità tecniche di cura e prevenzione delle malattie sono troppo spesso condizionate dal contesto politico, così come la ra-

pidità di diffusione è condizionata da particolari contesti sociali.

La tesi che intendo sviluppare è che la medicina rappresenta oggi e può rappresentare DOMANI un potente stimolo all'elaborazione di nuove categorie del politico e del sociale. Medicina, "questione ecologica" e problemi sanitari indubbiamente hanno collegamenti "culturali" e percorrono strade a plurima direzione spesso e purtroppo senza ancorarsi ai problemi antropologici e filosofici contemporanei. La nostra attuale riflessione vuole sottolineare con audacia e con responsabile impegno che le grandi problematiche del nostro tempo potranno risolversi solo con un profondo cambiamento del nostro modo di pensare, caratterizzando in meglio il pensiero e l'opera dell'uomo moderno.

La ricerca scientifica e le sperimentazioni

Di fronte a una malattia così complessa come l'AIDS per la quale non si ha ancora il definitivo rimedio, il primo impegno è di incoraggiare gli scienziati e la ricerca ad approntare validi farmaci. Il secondo impegno è di sollecitare gli Stati a mobilitare i finanziamenti necessari anche a costo di ridurre altre spese spesso non così necessarie. Il terzo impegno è l'introduzione di nuove potenziali terapie per le patologie derivate dall'infezione da HIV e la necessità di sperimentare clinicamente tali terapie. La sperimentazione e la ricerca farmaceutica pongono molte istanze e sollevano conflitti di ordine etico, connessi a problemi scientifici, politici, sociali e medico-legali. Occorre perciò sempre richiamare i principi fondamentali che costituiscono i riferimenti etici soprattutto se ci riferiamo all'infezione da Human Immunodeficiency Virus (HIV) responsabile della Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e in particolare modo:

a) il principio terapeutico e di beneficiabilità che consiste nel curare e assistere tutti sempre in modo ottimale, con ogni massimo impegno sociale e scientifico, rivolto alla ricerca del bene;

b) la sperimentazione sull'uomo deve essere perseguita lecitamente, nel rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, e di tutti i soggetti coinvolti, malati di AIDS o solamente sieropositivi e nel rispetto della salvaguardia della loro integrità fisica, nonché nel rispetto del loro espresso consenso;

c) e ancora il principio di solidarietà, solidarietà e sussidiarietà che richiede l'impegno nello stanziamento dei fondi necessari per la ricerca e per l'accesso universale alle terapie migliori.

Se ci si richiama tutti a una condivisione di valori, allora potremo riaffermare e attuare impegni fondati su alleanze e orientati a servire il bene della persona. Noi oggi siamo chiamati a rendere conto del nostro operare in percorsi carichi di elementi umani all'interno dei quali non sono ammesse fughe.

Un'epidemia aggressiva e devastante come l'AIDS non può non richiedere il fattivo impegno di tutti, in primis attuando diagnosi precoci, quindi studiando i percorsi di malattia per sviluppare impegni preventivi e terapie innovative per combattere ed eradicare la malattia.

Tutta la società è chiamata a promuovere una sana economia e razionalizzare i costi delle cure della salute perché possa esservi un servizio disponibile per tutti e affinché vi sia accesso universale alla necessaria terapia antiretrovirale e alla vaccinazione, dispensate in maniera ottimale.

Allocazione delle risorse sanitarie

Ma all'origine di disuguaglianze spesso si enuncia il problema economico. In realtà oggi viviamo il problema di un'adeguata allocazione delle risorse sanitarie intimamente legato a una serie di dati indiscutibili, quali ad esempio il costante aumento della quantità dei bisogni sanitari nel mondo, connesso a varie ragioni di ordine storico, politico e culturale. Molte situazioni determinano controversie di ampia portata, soprattutto laddove

si pone il problema della scelta tra diverse nazioni abbisognevole o tra diversi pazienti bisognosi. Il dibattito sulla corretta allocazione delle risorse sanitarie coinvolge numerose competenze di tipo economico, sociologico e medico, ma presenta anche fondamentali aspetti morali. I sistemi sanitari dovrebbero garantire l'accesso per tutti i cittadini e in ogni parte del mondo. Invece l'erogazione dei servizi sanitari è spesso subordinata alla possibilità e alla volontà di pagare da parte dell'utente o di qualcuno. Chi accetta l'idea di un diritto a un minimo decente di cure ritiene che la previsione di criteri allocativi debbano essere in grado di fornire a ciascuno risorse sufficienti a mantenere o ripristinare il "normale funzionamento". Un elemento imprescindibile è quello di garantire il rispetto del principio di giustizia, per un'uguaglianza di opportunità, correggendo di conseguenza le ineguaglianze derivanti dalle diverse "lotterie naturali". Soggetti di particolare attenzione, in questa prospettiva, sono i sieropositivi. Attribuire agli operatori sanitari poteri di discriminazione è fortemente discutibile: qualsiasi scelta allocativa dovrebbe proporsi l'obiettivo primario di migliorare la salute dei pazienti. Infine si dovrebbe puntare a minimizzare qualsiasi conflitto di interessi per chi opera le decisioni allocative.

Conclusione

Per concludere questa allargata ma comunque non completa riflessione bioetica desidero porre l'accento su altre scelte di indirizzo generale nel campo della prevenzione soffermandomi, come già sottolineato in precedenza, sulla necessità di proporre un modello di vita e di sessualità ordinata che contrasti quei modelli ideologici di liberalizzazione del sesso che sostengono non solo la liceità ma anche il diritto alla sfrenata liberalizzazione del sesso e della droga! Programmi di prevenzione puntano a un'azione che offra informazioni per scelte oculate: si enfatizza sul corretto uso dei preservativi e di tutti gli altri accorgimenti per continuare con maggiore sicurezza nei comportamenti a rischio: sesso sicuro è la parola d'ordine. Analisi più approfondite sugli effetti di tali campagne di informazione metterebbero in evidenza una relativa inefficacia delle stesse.

Noi riteniamo che per essere efficace una campagna per la prevenzione dell'AIDS debba avere come obiettivo l'educazione all'affettività e la modifica dei comportamenti per eliminare o ridurre in modo sostanziale il rischio. Ma per arrivare a modificare questo comportamento occorre fare i conti con le difficoltà a controllare gli impulsi che sottendono comportamenti a rischio, attività sessuali a

rischio, tossicodipendenze, impulsi spesso irresponsabilmente posti in essere in un mutato contesto culturale della società.

Sono fortemente convinto che il modello che più di tutti può offrire la speranza di una prevenzione dell'AIDS è, ancora una volta, quello che si ispira a una visione del bene integrale della persona, che non guarda, ad esempio, solamente a evitare in modo contingente l'infezione per via sessuale ma che propone un nuovo modello di vita orientato alla promozione e alla difesa di tutto il bene della persona stessa. In quest'ottica intendo soprattutto proporre un ideale di sessualità ordinata al valore della famiglia e della fedeltà coniugale. Intendo sostenere in questa sede un quadro di valori che porti a superare la cultura di morte del mondo, della droga, nel profondo rispetto della vita, della corporeità e di una creatività positiva fatta di impegno sociale e di rispetto della società. Tutto questo, ovviamente, è più impegnativo per le società e per gli organismi sanitari che devono iniziare tali campagne: i risultati di sicuro ci saranno a lunga distanza. A qualcuno questo modello personalistico può sembrare aleatorio e non in grado di offrire garanzie pratiche di successo, ma fare a meno di questa corretta visione, puntando su proposte parziali e contingenti costituisce modalità di azione sicuramente destinata a fallire.

The Economic and Structural Questions and Issues of Long-term ART: a Challenge to be Won

DR. CHRISTOPH BENN

Director, External Relations and Partnerships, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Switzerland

Introduction

Before we turn our attention to the question of financing the long-term treatment of people suffering from AIDS requiring antiretroviral therapy (ART) we should remind ourselves how much has been achieved over the last decade to provide much more equitable access to life-saving services on a global scale. In 2002, virtually no-one with AIDS was able to receive ART in developing countries. Today, approximately *5 million people have access to ART* and 1 million HIV-positive pregnant women have been reached with effective treatment to prevent mother-to-child HIV transmission. Since 2002 about 8 million additional people have gained access to DOTS treatment. There can be no doubt that a lot more remains to be done but the question of the sustainability of the global AIDS response requires an analysis of the factors that made this extraordinary development possible.

Social mobilization and political commitment

For the first time in medical history we have seen a solidarity movement between people living with HIV in rich countries and those in poorer nations. For all other diseases it was accepted that there would be a differential treatment for people in countries

with sophisticated health systems and those who were unfortunate enough to be born in countries with the most rudimentary health services. But AIDS refused to accept “business as usual”. Still one of the best expressions of this extraordinary shift in attitude is the statement of Justice Edwin Cameron at the AIDS Conference in Durban in 2000: “I stand before you because I am able to purchase health. I am here because I can pay for life itself. To me this seems a shocking and monstrous inequity – that, simply because of relative affluence, I should be living when others have died. Our overriding and immediate commitment should be to find ways to make accessible for the poor what is within reach of the affluent.”

There has been an interesting converging of ethical reasoning in the secular and the faith communities that made this development possible even if they sometimes used a different terminology. Public health organisations and, in particular, the AIDS solidarity movement mainly used the concepts of justice and health as a human right. Their philosophy is based on the understanding that all human beings are of equal value and that those who have greater means have a duty to be in solidarity with those who are less fortunate. Equitable access to treatment is understood as a fundamental human right. People of faith generally support the concept of justice and the ultimate value of the human person.

However, the teaching of the Church defines justice not only as a moral obligation but through the introduction of the concept of love extends the formal obligations of one person towards another to a voluntary benevolent attitude towards all human beings. The Encyclical Letter *Caritas in Veritate*

defines charity as love, a love that extends even beyond the demands of justice. However, both philosophies and movements have agreed that it was morally completely unacceptable to let people die from preventable pre-mature death simply for the reason of an unequal distribution of resources.

The Global Fund and the UN

As a result of this development, leaders around the world – in development, economics, public health and the community of non-governmental organizations, representatives of people living with HIV – began seeking ways to increase global spending on public health to change the course of AIDS and other infectious diseases. In 2001, U.N. Secretary-General Kofi Annan issued a “call to action” to create what he called a war chest in the fight against AIDS, TB and malaria. The 2001 United Nations General Assembly Special Session on AIDS concluded with a declaration including a commitment to create a Global Fund which the G8 endorsed and helped finance at their meeting in Genoa in July 2001.

Soon after that, in January 2002, the Global Fund was established to fulfil its mandate mobilizing significant resources to support countries in fighting the main communicable diseases AIDS, TB and malaria and thereby contributing to the reduction of poverty. Since then the Global Fund has mobilized more than USD 30 billion and is currently supporting programs in 150 countries. It has evolved into the main multi-lateral funder for health, providing two thirds of the international funding to implement malaria and tuberculosis control programs and about one fifth of the international

al AIDS funding. There is already scientific evidence for the impact of this investment with declining rates of new infections in all three disease categories and significant reductions in mortality. This has contributed to getting within reach of achieving the health related Millennium Development Goals as established by the United Nations.

The Role of Faith-Based Organizations

Since its inception in 2002, the Global Fund has worked closely with faith-based organizations (FBOs) as key partners in Global Fund governance and implementation. FBO representatives have served as members of Country Coordinating Mechanisms (CCM) and as beneficiaries of Global Fund grants, both as Principal Recipients (PRs) and Sub-Recipients (SRs).

Faith-based organizations are critical providers of rural health care and orphan care in many parts of the developing world and play an important role in serving the hard-to-reach and poorest population groups. In addition to their role as implementers, they also help improve financial absorptive capacity and implementation speed of prevention and treatment programs in grant-funded countries and increase the rolling-out and scaling-up of treatment. Faith-based groups are also key advocacy partners interacting with donor governments.

Church related Organizations and FBOs as Implementers

Recognizing the unique advantages of FBOs, the Global Fund encourages FBO participation in all grants, both as *Principle Recipients (PRs)* and *Sub-Recipients (SRs)*. Since 2002, 44 grants have been signed with FBOs as PRs in 22 different countries. FBOs serve as PRs in every region where the Global Fund operates and in every disease component. The number of FBO PRs has notably risen since the introduction of *Dual Track Financing* stipulating that

CCMs should routinely nominate PRs from more than one sector. This has increased the funding going to non-governmental organizations including FBOs. The amount disbursed to FBOs has increased seven-fold since 2006.

Expenditures to FBOs

FBOs have received over US\$ 645 million in GF grants since its inception, funding projects in 77 countries. The data show that there is a presence of faith-based work in each region where the Global Fund operates, but the level of support differs by region. For example, expenditures to FBOs were highest in the Middle East & North Africa (8.5%), Southern Africa (8.3%) and in Latin America and the Caribbean (7.0%). The total figure was lowest in Eastern Europe and Central Asia (0.8%), South Asia (1.4%) and East Asia and the Pacific (2.4%) – regions where FBOs are less active in health care provision overall.

Disbursements to FBOs

Worldwide, the Global Fund disburses 56% of its grants for HIV and AIDS, 28% to malaria and 16% to tuberculosis. As with Global Fund grants in general, FBOs received the largest amount of disbursements for HIV and AIDS initiatives (47.6%), which is followed by disbursements for malaria (30.8%) and tuberculosis (21.6%). On the SR side, FBOs again received the majority of their funding for HIV and AIDS programs (60.7%). Interestingly, the total amount of funding for tuberculosis programs at the SR level (21.3%) exceeded the total level of funding for FBO malaria programs (18.0%), which is in contrast to the Global Fund average.

Non-cash distribution

Global Fund expenditures to FBOs extend far beyond actual cash received. In addition to monetary resources, especially in sub-Saharan Africa, faith-based health facilities also receive addi-

tional *commodities* purchased in bulk by countries through Global Fund financing. For example, according to Global Fund expenditure targets for Rounds 1 to 9, approximately 40% of expenditures are set aside for consumable items such as health products, health equipment and pharmaceutical products (medicines).

Typically, government PRs such as the Ministries of Health in many countries will purchase these commodities and distribute them to local health clinics and non-governmental organizations, including FBOs. These commodities include ARVs, HIV test kits, anti-malaria drugs, and bed-nets. Since the FBOs receive support from the Global Fund, U.S. President's Emergency Fund for AIDS Relief (PEPFAR), and the United Nations Children's Fund (UNICEF), as well as other donors, it may be difficult for them to distinguish which commodities are purchased with funds from which specific donors. This information may reside with the individual PR which purchased the items in bulk to reduce overall costs. However, a significant share of the commodities used in health facilities managed by FBOs are funded through the Global Fund.

An Example: Catholic Relief Services

Catholic Relief Services (CRS) was founded in 1943 by the US Conference of Catholic Bishops to assist the poor and disadvantaged overseas. CRS' mission statement calls the agency to alleviate human suffering, advance full human development, and foster charity and justice in the world. CRS has been awarded 33 projects (19 HIV, 12 Malaria, 2 TB) in 23 countries in 6 regions with a total accumulated program value of around \$100 million. CRS has currently 14 active grants (PR and SR) and sits on about 12 CCMs. CRS is currently negotiating four Round 9 grants, and in Round 10 CRS has been named PR in Sierra Leone (malaria), Guinea (malaria) and Niger (TB). Once these grants are signed in mid-2011, the value

of CRS resources from the Global Fund will double to about \$200 million.

FBOs as Principal Recipients in DRC

In the Democratic Republic of Congo, FBOs also play a crucial role as Principal Recipients.

– *Eglise du Christ (ECC)/SANRU* is responsible for implementing a Round 8 HIV grant for a total of *US\$ 8 mio*, and a Malaria Round 8 Malaria grant of *US\$ 25 million*. Among others, it offers HIV prevention services in order to avoid at least 171,796 new infections and provides socio-economic support to 28,757 orphans living with HIV/AIDS as well as to 55,165 people affected by HIV (school fees, nutritional support, income generating activities).

– *Caritas Congo* just started as PR on the *Round 9 HSS project* for a total of *USD 20 mio*.

– *CORDAID* is responsible for implementing prevention and support activities *as part of the Round 8 HIV grant* (*US\$ 8 million*) and has a different geographical coverage as *ECC/SANRU*.

FBOs as PR/SR in India

India is another good example, where the collaboration of several other national Catholic organisations, including the *Catholic Bishops' Conference of India* (CBCI) offers capacity building, strategic planning services and management assistance to some 137 Catholic HIV/AIDS centres. With support of the Global Fund (*USD 2 mio*), the CBCI is establishing some 45 new Community Care Centres in the most rural and isolated areas of the country.

Assumed Cost of antiretroviral therapy (ART) Delivery

Many facilities managed by the Roman Catholic Church are strongly engaged in the provision of ART. In the absence of a cure it has to be assumed that ARTs have to be provided continuously for the whole life-time of the patient.

While the price of ART has declined significantly over the last years, the cost for drugs and service delivery still represent major cost factors. Therefore the question of the long-term cost and sustainability is critical for the strategic planning of all health care providers.

Prices for both first-line and second-line ARVs vary substantially by country but have declined over recent years. Based on country-based procurements reported through the Global Fund's Price and Quality Reporting system and WHO's Global Price Reporting Mechanism, median prices across Global Fund-supported countries were *\$204 for first-line drugs* and *\$1238 for second-line drugs* per year per patient as of 2009. In most programs ART patients are monitored with laboratory tests for CD4 counts, blood chemistry and hematology (median annual cost of \$180). Service delivery costs for ART care (personnel, supplies, facilities, etc.) also vary by country; depending on the frequency of visits, the type and level of health care facilities and clinical staff used for monitoring patients and local health worker salaries but the median annual cost was \$138 per year. As a total service delivery cost, first-line ART cost amounted to \$487 per patient per year, compared to \$1,521 for second-line ART.

HIV/AIDS patients on ART in global fund supported programs

The Global Fund did an extensive study on its existing programs to calculate on-going costs for its entire ART portfolio for the next ten years. These numbers might serve as a good indication for other health care providers as well. By the end of 2011 Global Fund investments will be supporting 3.5 million people on antiretroviral therapy in 104 low- and middle-income countries. Of the 3.5 million people receiving ART with Global Fund support in 2011, it is estimated that 2.3 million will still need treatment in 2020 taking into account current ART survival rates.

Cost of continued ART for GF-supported patients as of 2011

The annual cost of maintaining ART for 3.5 million people totals \$1.9 billion in 2011 and will fall to \$1.7 billion in 2020 for the same cohort, as a result of 2.3 million people still in need of treatment in 2020 (at current ART survival rates) and increasing costs as more patients migrate to second-line therapy. The proportion of these patients receiving second-line regimens will rise from 2.5% in 2009 to 24% by 2020. Second-line antiretroviral prices are a major cost driver, underscoring the importance of investing in treatment quality to improve retention on first-line regimens.

It needs to be emphasized that successful AIDS control programs delivering effective ART require more than the provision of drugs and diagnostic facilities. These programs are built on functional essential health services adapted to local priorities and capacities. WHO and other international partners have recognized the importance of investing in health systems to increase the capacity of the health infrastructure, investing in the health workforce and maintaining effective monitoring and evaluation systems. The Global Fund has been spending approximately 35% of its resources on health system strengthening and will likely increase this investment further in the future.

Future funding of AIDS treatment and prevention

Having described the successes but also the challenges in long-term funding of a global AIDS response we now need to return to the key question whether the international community will be able to maintain the impressive gains of the last decade and scale-up its efforts further to enable all countries around the world to provide Universal Access to a comprehensive package of treatment, care and prevention to all people in need. This has been the goal that all member states of the United Nations subscribed to in several declarations.

The goal has become more challenging due to the effects of the recent global economic and financial crisis leading to significant fiscal constraints in donor countries. According to the OECD, Official Development Assistance is still increasing but at a slower rate than in the years before 2008. The Global Fund has so far been able to mobilize increasing resources for countries in greatest need. It received USD 9.4 billion for its three-year replenishment cycle 2008-2010 and received USD 11.7 billion in funding commitments for the current cycle 2011-2013. However, full funding for Universal Access is far from guaranteed and we need to redouble our efforts to achieve these noble goals.

The availability of sufficient funding will depend on three factors:

1. Implementing countries need to step up domestic funding to support national AIDS programs;

2. Services need to be implemented more efficiently, achieving better value for money in or-

der to reach more people with the same amount of resources;

3. International funding needs to increase further until we reach the goal of Universal Access.

Donor governments who have committed to international goals need to be constantly reminded of their commitments so that the needs of the poorest and most disadvantaged people receive sufficient priority even in times of austerity. The voice of Civil Society and particularly the Churches will be absolutely critical in this advocacy effort. We should build on our common passion for justice, equity and the value of human lives in advocating for the right to essential health services. The Roman Catholic Church has clearly expressed its position reminding richer nations of its particular responsibility: "In the search for solutions to the current economic crisis, development aid for poor countries must be considered a valid means of creating wealth for all. [...] From this perspective, more economically de-

veloped nations should do all they can to allocate larger portions of their gross domestic product to development aid, thus respecting the obligations that the international community has undertaken in this regard." (Encyclical Letter *Caritas in Veritate*)

Conclusion

Over the last decade we have seen an unprecedented political mobilization for health catalysed by the global AIDS movement including churches and people of faith. This has led to significantly increased resources and dramatic improvements in health for people in less developed countries. However, our gains so far have been fragile and a true partnership between Faith Based Organizations and international organizations and funders will be key to achieving Universal Access and ensuring that the health inequities between the rich and the poor will be reduced further in the future.

The Experience of a Pharmaceutical Company in the Promotion of Universal Access to Antiretroviral Treatment

DR. GREGG H. ALTON

Executive Vice President,
Corporate and Medical Affairs,
Gilead Sciences
U.S.A.

About Gilead Sciences

Founded in 1987, Gilead Sciences, Inc. is a research-based biopharmaceutical company dedicated to advancing therapeutics for the treatment of life-threat-

ening diseases for which few or inadequate medicines exist. We maintain an active research and development program and market a portfolio of 13 products, including treatments for HIV/AIDS, liver disease and serious cardiovascular and respiratory conditions. Gilead recognizes that our responsibility to patients extends beyond the lab and beyond developed world markets – there is a pressing need to expand access to treatment, especially antiretroviral treatment for HIV/AIDS, in the developing world.

Perspectives on medical need

The biopharmaceutical industry has a two-fold contract with society. The first part of our contract centers on our scientific commitment to discover and develop new medications to advance care for unmet medical needs. As an industry, we are set up to be very good at this. Over the past 30 years, we have seen major innovations in therapy for infectious diseases. Access to the capital necessary to fund these innovations is supported by intellectual property protec-

tions. The second part of our contract is social responsibility. Even as science progresses, we have to find ways to deliver treatment to all who need it. There has been significant improvement over the last decade in ensuring access to medicines. Though the pharmaceutical industry has at times been perceived as a barrier to access, companies are undeniably now doing a much better job in being central players in addressing this problem. Of course, we cannot do it alone. It is critical that we work with all stakeholders – government, medical experts, community, academia, advocates and religious institutions – to reduce the burden of HIV disease affecting those who do not readily have access to medications.

Evolution of HIV therapy

Over the past two decades, antiretroviral therapy has dramatically improved. The first anti-HIV treatment, AZT, became available in 1987. In the mid-1990s, medicines in a new class of treatment – protease inhibitors – were approved and, when used in combination with other AIDS drugs, had an immediate impact on reducing patient mortality and improving patients’ quality of life. An HIV diagnosis was no longer a death sentence. Over time, more options became available and patients began to be prescribed life-saving combination therapy. Today, there are some 30 medicines available spanning five different classes.

At Gilead, we are particularly proud of our well tolerated, once-daily antiretroviral medications Viread® (tenofovir disoproxil fumarate) and Emtriva® (emtricitabine). These have demonstrated efficacy in clinical trials of up to ten years. We have also combined these agents into a single once-daily tablet called Truvada®. The World Health Organization (WHO) recommends Viread and Truvada as part of the standard of care for HIV patients beginning treatment.

The easiest way to take HIV medication is as a single pill, once a day. This is not only most convenient, it also means that a patient takes all of his medications each day or – if a dose is accidentally missed – he takes none of them. This avoids the possibility of taking a partial regimen, which is dangerous because of the potential for resistance to develop. In 2006, in partnership with Bristol-Myers Squibb (BMS), Gilead developed the first once-a-day, single-tablet regimen, Atripla®, a co-formulation of Viread, Emtriva and BMS’ efavirenz. Atripla is still the only treatment of its kind available. All of our HIV research efforts are directed toward making additional single-tablet regimens available, and we hope to introduce two new such therapeutic options in the near future.

Addressing the global HIV/AIDS epidemic

Some 34 million people worldwide are now estimated to be liv-

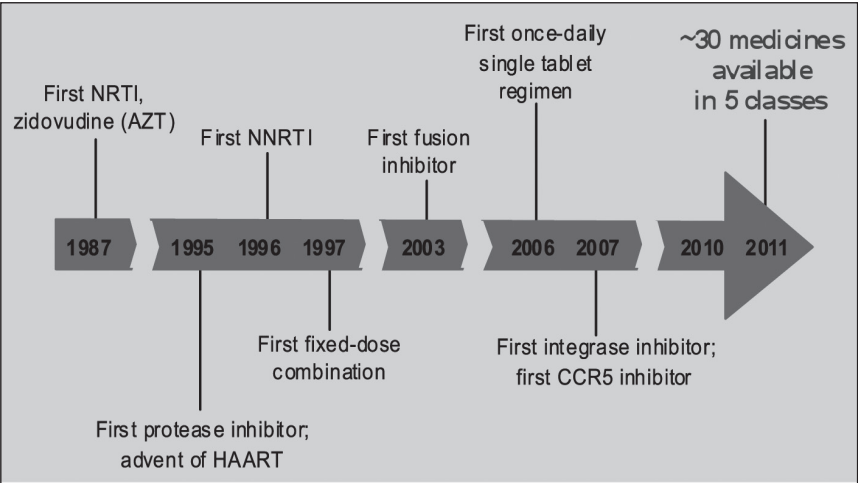
ing with HIV/AIDS. Collaborative research and development efforts have helped create better therapies for patients, but treatment too often remains out of reach, particularly for people in developing countries, which are home to 95 percent of the world’s HIV-infected individuals. In recent years, the world has made significant progress in scaling up global access to antiretroviral medications. Currently, an estimated 6.6 million people are receiving HIV treatment, a nearly 22-fold increase since 2001. More than 1.4 million people initiated treatment during 2010 alone, the largest increase ever in a single year since the epidemic began in 1981. And antiretroviral treatment provided to HIV-positive pregnant women and their newborns resulted in a 24 percent decline in mother-to-child transmission of HIV between 2005 and 2009. However, antiretroviral treatment programs in low- and middle-income countries still need to be considerably expanded. Based on WHO treatment guidelines recommending that people with HIV initiate therapy when their CD4 cell count – a critical measure of immune system function – falls below 350 cells/mm3, there are more than 15 million people currently in need of treatment. Within five years, that number is projected to increase to 34 million people.

Challenges in ensuring access

Ensuring HIV treatment access for everyone worldwide who needs it is a very challenging proposition, and every sector involved working to make universal antiretroviral coverage a reality faces a unique set of obstacles.

Challenges faced by the pharmaceutical industry

– **Research and development:** Identifying new medicines, conducting research and obtaining regulatory approvals is usually a lengthy process. Even once a promising compound enters clinical studies, it often takes 7-10 years before the medicine can be approved by the United States Food and Drug Administration.



– **Regulatory approvals:** To reach patients in each additional country, the medicine may need to be approved by local regulatory authorities, incurring additional delays as companies prepare unique drug approval dossiers for each new country.

– **Worldwide distribution:** The biopharmaceutical companies that make antiretroviral drugs generally have limited distribution networks in the developing regions where the need for treatment is greatest.

– **Demand forecasting:** Manufacturers often have difficulty predicting the volume of HIV medicines needed by patients in a given region. Demand can change rapidly due to a variety of unpredictable factors, such as highly variable and uncoordinated funding sources for the purchase of HIV medications, government tenders to procure medications, various local treatment guidelines, infrastructure challenges and political conditions.

Challenges faced by local governments

– **Funding:** Some governments have not yet made the political commitment to prioritize HIV treatment and are completely reliant on international funding sources. This is particularly problematic today, in light of threats to funding in the context of the global economic downturn.

– **Health infrastructure:** Providing HIV therapy is not simply a matter of producing and distributing drugs – treatment should be provided in the context of adequate testing, counseling and other medical services. In resource-poor settings, there is often a shortage of trained healthcare workers to provide HIV-related care. Clinics and hospitals may also lack the diagnostic tools that health workers need to prescribe and monitor treatment.

– **Legal structures:** In many countries legal and social norms still fail to protect people with HIV from stigma, discrimination and other barriers that can make it difficult to access HIV testing and treatment.

Challenges faced by people living with HIV

– **Related costs:** Even when medicines are available and affordable, there may be other treatment-related costs and challenges – such as the need to travel long distances to a clinic to obtain treatment, or the need to pay for monitoring tests and other care – that can prevent an individual from obtaining treatment.

Industry's Role in Expanding Antiretroviral Treatment Access

Addressing the above challenges requires the input of stakeholders at multiple levels around the world, but there are several specific areas where the biopharmaceutical industry can most effectively focus. First, industry can step up its efforts to *improve and simplify treatment*, by identifying new medicines with enhanced efficacy, simpler dosing and few side effects. Second, the pharmaceutical industry can conduct its own efforts and work collaboratively with other sectors to *further clinical research*, including research in the resource-poor settings where the need for treatment is so great. This includes studies aimed at optimizing treatment strategies and research that evaluates new prevention tools, such as the potential use of antiretroviral medicines to prevent HIV transmission (pre-exposure prophylaxis, or PrEP). Third, industry can and should *facilitate treatment availability*, by sponsoring broad-based access initiatives and working to lower production costs to make medicines more affordable. And, finally, we can help to *educate and advocate for impacted communities*, through efforts ranging from on-the-ground medical education programs to participation in high-level international meetings.

Gilead's developing world access initiatives

Gilead's innovative Access Program, launched in 2003, takes a multipronged approach to en-

sure that high quality treatments are both affordable and available to everyone who needs them. The program rests upon four guiding principles:

– **Responsible use of intellectual property** can ensure investment in innovation and not impede access

– **Tiered pricing** broadens access across different economic situations

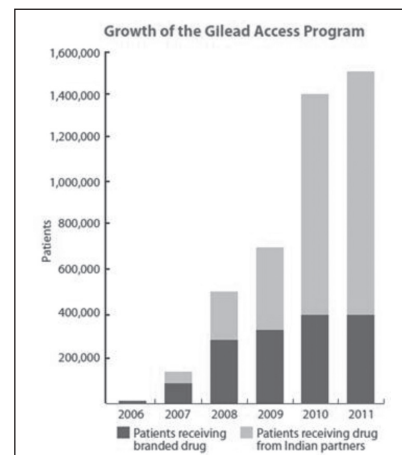
– **Quality standards** for developing countries should be the same as for developed countries

– **Partnership** with governments, medical providers, faith-based organizations and communities allows us to do what is best for patients

The Access Program currently delivers Gilead's high quality HIV therapies to 1.5 million patients in 130 low- and lower middle-income countries in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. To reach as many people as possible, the program operates through two parallel tracks:

– **Branded distribution**, which utilizes a global network of distributors to provide Gilead's Viread and Truvada at steep discounts according to a tiered pricing system, including no-profit pricing in the poorest countries.

– **Generic manufacturing**, via partnerships with Indian companies who are capable of manufacturing at much lower cost than Gilead can. Through these agreements, the per-patient price of generic Viread has fallen to as low as 21 cents per day in low-income countries – 67 percent below the medicine's lowest branded price.



The success of the program along each track depends upon our ability to reduce prices; reliably forecast supply and demand; provide comprehensive and ongoing medical education; and register our products country by country.

Branded manufacturing and distribution

Gilead’s branded products are priced using a tiered system that reflects each country’s economic condition. The tiers, which are regularly evaluated, are based primarily on each country’s gross national income per capita, as well as levels of HIV prevalence. Product prices in the wealthiest nations are based on the product’s full value, and substantial discounts are given in low- and lower middle-income tiers. To ensure adequate supplies of our branded products, Gilead has established drug manufacturing partnerships with organizations in the Bahamas (Pharma-Chem Technologies and the Grand Bahama Port Authority) and South Africa (Aspen Pharmacare). These agreements increase our manufacturing capacity for our HIV medicines and improve delivery efficiency, since the medicines are produced in or near the markets where they are needed most.

A network of 11 distribution partners (see map below) and 48 sub-distributors around the world ensures that Gilead’s medicines reach patients securely and efficiently. Gilead’s distribution partners also leverage their knowledge of local systems to help register the products, manage on-the-ground logistics and assist with medical education initiatives.

Generic partner licensing

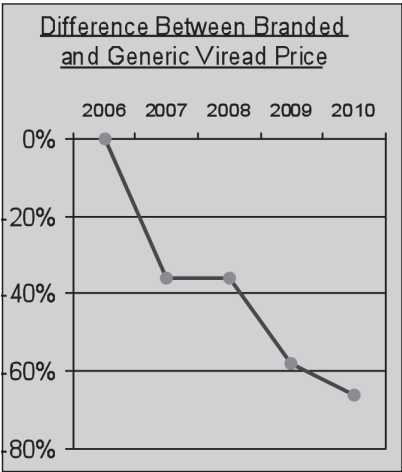
Gilead has entered into non-exclusive licensing agreements with South Africa’s Aspen Pharmacare and 13 pharmaceutical companies in India to manufacture and distribute generic versions of our antiretrovirals in approximately 100 resource-limited countries.

Gilead’s Indian Generic Partners

- Alkem Laboratories Ltd.
- Aptuit Laurus
- Aurobindo Pharma Ltd.
- Cadila Healthcare
- Hetero Drugs Ltd.
- Matrix Laboratories Ltd.
- McNeil & Argus Pharmaceuticals
- Medchem International
- Micro Labs Ltd.
- Ranbaxy Laboratories Ltd.
- SeQuent Scientific Ltd.
- Shasun Chemicals and Drugs Ltd.
- Strides Arcolab Ltd.

Gilead provides each partner with a full technology transfer, so they can quickly scale up generic production of our antiretrovirals in line with international quality standards. The technology transfer drives down the cost and risk of generic product development. It also dramatically shortens the time our partners need to obtain WHO prequalification and/or tentative FDA approvals – lowering the cost and speeding the time to bring a generic product to market. Licensees are free to develop fixed-dose combinations and to establish their own pricing for their Viread-based products.

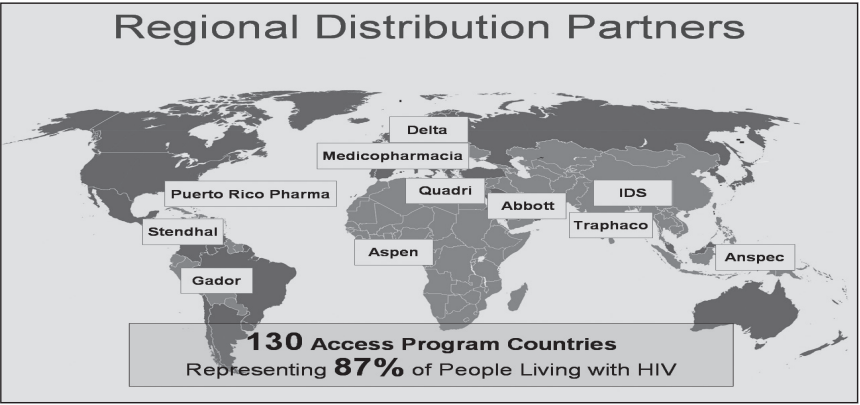
These partnerships have met with notable success in expanding access to treatment:



- Competition among our partners has driven prices down considerably: generic Viread is now available for \$6.15 per month per patient, which is 67 percent below the lowest branded price and lower than the prices offered by local manufacturers in other countries.
- Nearly three-quarters (73%) of the 1.5 million developing-world patients using a Viread-containing regimen are using a high quality generic version of the medicine.
- Our partners have received 19 tentative FDA approvals and WHO pre-qualifications
- Multiple fixed-dose combinations have been made available.

Ongoing commitment to access

Gilead’s innovative approach to treatment access has directly translated into patient benefit across the developing world, and provides a comprehensive, self-sustaining model for scaling up antiretroviral coverage. In collaboration with its partners, Gilead’s long-term goal is to reach millions more patients in developing countries with medicines for HIV and other diseases that represent areas of unmet medical need. Moving forward, we will pursue a number of concrete initiatives to achieve this goal. We are currently engaged in efforts to improve our distributor and li-



censing models, with refinements including the expansion of licensing agreements to include new products. We will also continue our discussions with the Medicines Patent Pool Foundation, an organization established by the United Nations to increase global access to high-quality, low-cost antiretroviral therapy through the sharing of patents. We are also actively expanding the Access Program to include other therapeutic areas where Gilead is active. We are finalizing our strategy to provide access to Viread for the treatment of chronic hepatitis B in 130 countries. In partnership with WHO, we are also working to scale up our efforts to provide AmBisome® (amphotericin B liposome for injection) for the

treatment of visceral leishmaniasis, an often deadly parasitic infection for which few effective treatment options exist. And we regularly evaluate opportunities to improve access to treatment in our other disease areas, including cardiovascular and respiratory conditions.

All stakeholders play a critical role in stopping HIV/AIDS

Achieving the goal of universal access to treatment will require ongoing commitment from governments, industry, and multilateral and nongovernmental organizations. Civil society and religious institutions can help by

advocating for health and human rights, and by supporting the development of an infrastructure to deliver healthcare to those most in need. National governments – including donor country governments – need to reaffirm the political will and commitment to fight HIV/AIDS. Global financing mechanisms will need to be replenished and supported. And industry has a responsibility to continue to innovate, both in the development of new medications and in the delivery of treatment to those most in need. Success in all these endeavors will require leadership within and across organizations. Gilead is committed to playing our part, alongside our key collaborators and partners, in this critical effort.

Dalla Lotta contro l'AIDS alla Salute Globale

DOTT. STEFANO VELLA

*Direttore,
Dipartimento del Farmaco,
Istituto Superiore di Sanità,
Roma, Italia*

From the fight against AIDS to overall health

Overall health is a multidisciplinary area of study and research which seeks to improve the health of humanity, overcoming the perspectives and interests of individual nations. The fight against AIDS and for universal access to the most modern therapies has shown that a great challenge of medicine today is the overcoming of inequalities in access to health. The multidisciplinary project for overall health of the Higher Institute for Health

Care which is implemented in 14 countries in Africa and in 5 developing countries, together with the United Nations and NGOs, seeks to promote innovation in basic research and clinical research and to strengthen local health-care systems in the prevention and treatment of AIDS.

La salute globale

La salute globale rappresenta un'area multidisciplinare di studio e ricerca che guarda al miglioramento della salute di tutta l'umanità, transcendendo le prospettive e gli interessi delle singole nazioni. Nel corso degli ultimi cinquant'anni, la ricerca biomedica

ca e il miglioramento delle condizioni generali hanno portato a un aumento importante dell'aspettativa e della qualità della vita nei Paesi ricchi. Un bambino che nasce oggi in alcuni Paesi in via di sviluppo può invece sperare di vivere in media non più di 40 anni.

Almeno 20 milioni di persone muoiono prematuramente nel mondo (tra cui milioni di bambini prima di compiere 5 anni) a causa di malattie che qui, nel mondo occidentale, sono prevenibili o curabili. Tra questi, le dieci milioni di persone con infezione da HIV che non hanno la possibilità di accedere a quelle cure che, nei Paesi ricchi, sono state in grado di trasformare una malattia "mortale" in una patologia "cronica" con la quale, in qualche modo, si riesce a convivere. Benché non sia davvero spenta neppure in Occidente, visto che alcune centinaia di mi-

gliaia di cittadini europei e statunitensi continuano a infettarsi ogni anno con il virus HIV.

I numeri dell'AIDS nei Paesi in via di sviluppo sono drammatici: 30 milioni di morti dall'inizio dell'epidemia. E ogni anno che passa, altri 2 milioni di morti, di cui 260 mila bambini. Otto milioni di orfani. E ancora, 3 milioni di nuove infezioni ogni anno, di cui 370 mila bambini. Complessivamente, 33 milioni di persone nel mondo vivono con questa infezione, di cui 2,5 milioni di bambini.

La Conferenza AIDS dell'anno 2000, organizzata per la prima volta in Africa, anche grazie all'impegno di ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità, ha cambiato la storia di questa malattia, perché ha fatto comprendere al mondo occidentale la dimensione catastrofica di questa epidemia nel Sud del Mondo e ha avviato la grande battaglia per l'accesso universale alle cure, anche grazie alla partecipazione carismatica di Nelson Mandela.

In realtà, questi dieci anni di lotta all'AIDS e di sforzi per l'accesso universale alle cure, hanno messo in evidenza che tra le più grandi sfide della medicina moderna vi è la lotta alle disuguaglianze nell'accesso alla salute. Che, appunto, non riguarda soltanto le cosiddette "malattie della povertà", HIV, malaria e tubercolosi. Oltre 350.000 donne muoiono ogni anno a causa di complicanze della gravidanza o del parto che sono largamente prevenibili. Ogni anno muoiono 8 milioni di bambini di età inferiore agli otto anni, prevalentemente a causa di patologie facilmente curabili.

Le disparità in campo sanitario, derivano dall'impossibilità di molti Paesi del Sud del Mondo, di fornire assistenza sanitaria accessibile a causa sia della scarsa disponibilità di risorse nazionali per finanziare i sistemi sanitari, sia dalla precarietà delle strutture sanitarie, dalla mancanza di medici e operatori sanitari e dall'accesso limitato ai farmaci. Occuparsi di Salute Globale non vuol dire soltanto "portare i farmaci", ma lavorare anche sugli aspetti sociali, sui diritti umani e sulle ragioni economiche alla base

di queste disuguaglianze. La relazione finale della Commissione sui determinanti sociali della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenzia tra le cause alla base delle ampie disparità in termini di salute (tra Paesi diversi, ma anche all'interno dei singoli Paesi) la scarsa nutrizione, la mancanza di acqua pulita e di servizi igienici sanitari di base, le condizioni di insalubrità di alloggi e ambienti di lavoro, l'esclusione sociale (fattore questo di particolare rilievo per quanto riguarda le disparità nel genere femminile) e la scarsa istruzione. Non c'è da sorprendersi, quindi, se le disparità in termini di salute siano correlate alle disuguaglianze in termini di sviluppo e al divario di povertà.

La Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite, firmata nel 2000 da 189 paesi, identifica otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG) intesi allo sviluppo globale e all'eradicazione della povertà. Tre di questi otto MDG sono direttamente correlati alla salute: riduzione della mortalità infantile, miglioramento della salute materna, lotta contro HIV/AIDS, malaria e altre malattie trasmissibili.

La salute non è soltanto un diritto fondamentale di ogni uomo che viva su questa terra, ma riguarda da vicino lo sviluppo dei popoli e la pace. È un concetto che non può che trascendere gli interessi individuali delle singole nazioni. Non solo perché i virus non hanno bisogno di passaporto. Ma perché in un mondo globale, interconnesso e sempre più "piccolo", occuparsi della salute anche di chi è più lontano significa curare e prevenire le malattie di chi ti sta accanto. Per l'oggi, e per le generazioni future.

Il progetto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per la salute globale

L'ISS si è distinto negli anni per il suo storico impegno storico a favore dell'uguaglianza e dell'innovazione sanitaria. Al Progetto per la Salute Globale dell'ISS partecipano ricercatori e tecnici che lavorano in diversi

Dipartimenti e Centri dell'ISS, tra i quali, il Dipartimento del Farmaco, il Dipartimento Malattie Infettive e il Centro Nazionale AIDS. Il lavoro multidisciplinare dell'ISS comprende la ricerca di base, la ricerca clinica e ricerca operativa, il potenziamento dei sistemi sanitari locali attraverso attività di *capacity building* e di formazione. L'ISS promuove, realizza e valuta progetti sanitari a carattere internazionale favorendo la cooperazione e i partenariati scientifici e di sviluppo con altre nazioni industrializzate (USA, partner europei, Giappone), con economie in transizione (Cina, Sudafrica, Repubbliche dell'Asia Centrale, America Latina, i Balcani e il Medio Oriente), e soprattutto con Paesi in via di sviluppo, principalmente in Africa.

Le aree di intervento

- HIV/AIDS, Tubercolosi e Malaria
- Epatite
- Salute della madre e del bambino
- Malattie neglette
- Malattie croniche (diabete, CV, cancro)
- Rafforzamento dei sistemi sanitari
- Formazione di operatori sanitari
- Medicina delle migrazioni
- Consulenza tecnico-scientifica sanitaria in caso di emergenze umanitarie e disastri naturali.

Gli obiettivi

Portare innovazione nella ricerca di base e nella ricerca clinica per contribuire al progresso della prevenzione e della cura e trattamento delle popolazioni interessate.

Rafforzare i sistemi sanitari locali e promuovere lo sviluppo sanitario attraverso la ricerca operativa.

Le attività

- Sviluppare nuove soluzioni e tecnologie in campo biomedico,

in termini di farmaci, strumenti diagnostici e vaccini, dispositivi medici, tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e trasferirle alle comunità locali dei Paesi dove interveniamo.

– Condurre ricerca clinica in loco, in stretta partnership con i ricercatori e le autorità sanitarie locali.

– Condurre ricerca operativa affrontando problematiche specifiche nell'ambito di determinati programmi.

– Programmi di educazione sanitaria e formazione di operatori sanitari.

– Contribuire a migliorare la qualità di cure e trattamenti per le popolazioni interessate, con un'at-

tenzione speciale ai bambini, alle donne e popolazioni povere.

L'ISS lavora in 14 Paesi dell'Africa e 5 Paesi in via di sviluppo in altri continenti, in collaborazione con le organizzazioni delle Nazioni Unite che si occupano di Salute, con la Cooperazione Italiana allo Sviluppo e con molte Organizzazioni Non Governative.

La Fondazione Il Buon Samaritano

MONS. JEAN-MARIE MUPENDAWATU

Segretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, Santa Sede.

The Good Samaritan Foundation

The Good Samaritan Foundation was established on 12 September 2004 by the Blessed John Paul II at the Pontifical Council for Health Care Workers (for Health Pastoral Care) and its aim is to provide economic support for sick people who are most in need, in particular those afflicted by AIDS who ask for a gesture of supportive love from the Church. A gesture of love that the Foundation engages in through the promotion of the training of medical-nursing personnel; the creation of laboratories that carry out analyses, diagnoses and treatment; the extension of traditional forms of prevention to help children and families; the promotion of projects involving agricultural development and microcredit; and working with the Catholic Medical Mission Board (CMMB), an American NGO, in the free distribution of medical products and health-care material to the hospitals and health institutions of the Church in the world.

Il Beato Giovanni Paolo II ha costituito il 12 settembre 2004 la Fondazione "Il Buon Samaritano", presso il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, per la Pastorale della Salute, allo scopo di sostenere economicamente gli infermi più bisognosi, in particolare i malati di AIDS, che chiedono un gesto di amore solidale della Chiesa. Per l'occasione il Santo Padre invitava "tutti gli uomini di buona volontà, in speciale quelli dei Paesi economicamente più avanzati, a volere contribuire a tale fine", riproponendo quello che aveva già scritto nella Lettera Apostolica *Novo Millennio Ineunte*: "È l'ora di una nuova «fantasia della carità» che si dispieghi non tanto e non solo nell'efficacia dei soccorsi prestati, ma nella capacità di farsi vicini, solidali con chi soffre, così che il gesto di aiuto sia sentito non come obolo umiliante, ma come fraterna condivisione".

Con l'intento di corrispondere pienamente a questo mandato, fin dalla sua costituzione, la Fondazione "Il Buon Samaritano", espressione concreta della sollecitudine della Chiesa per i malati, ha prestato assistenza a centinaia di migliaia di bisognosi nei diversi continenti, dando sostegno economico a progetti variegati, declinati principalmente nei settori dell'assistenza sanitaria. Iniziative condotte secondo una metodica ispirata al principio di

trasparenza e fondata sul coinvolgimento e la responsabilizzazione degli attori locali, dalle Nunziature alle Conferenze episcopali, alle singole diocesi. Un impegno fondato sulla consapevolezza che la cooperazione missionaria parte da Gesù, il Buon Samaritano per eccellenza, e ha come destinatario il malato, che ha il volto di Gesù stesso. In questa prospettiva la Fondazione "Il Buon Samaritano" nasce per fare del Bene come Cristo ha fatto, e per servire il Signore nell'altro sofferente.

Nell'espletare il suo mandato di assistenza e cura, la Fondazione "Il Buon Samaritano" opera secondo le linee guida fornite dal proprio Consiglio di Amministrazione, composto da 7 membri fra cui il Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, 2 delegati del Dicastero, e 4 vescovi provenienti da alcuni fra i Paesi maggiormente colpiti dall'HIV/AIDS, nominati d'intesa con la Segreteria di Stato.

Oggi la Fondazione è impegnata in particolare a fronteggiare l'emergenza dovuta alla carenza di medicinali. Grazie alla partnership con il "Catholic Medical Mission Board – CMMB", una organizzazione non governativa, di matrice religiosa, con sede negli Stati Uniti, alla quale ci lega il comune impegno in favore delle popolazioni più povere, l'operato della Fondazione è declinato principalmente nella attività

di distribuzione gratuita di prodotti farmaceutici e presidi sanitari, in favore di ospedali, centri di cura e dispensari della Chiesa Cattolica nel mondo, con particolare attenzione a quelle che si occupano della prevenzione e cura dell'AIDS.

Insieme al contributo fattivo nell'area assistenziale e progettuale, la Fondazione è impegnata anche a favorire la conoscenza e il dibattito intorno alle problematiche sanitarie di più stringente attualità, alle emergenze sanitarie, alle esigenze di particolari categorie di malati, alle questioni etiche sulle quali la Chiesa sente l'urgenza di offrire un orientamento, richiamando sempre alla centralità della persona e alla necessità irrinunciabile di difendere la vita, in ogni sua fase. Obiettivi che persegue sollecitando l'incontro fra operatori sanitari, istituzioni, enti di studio e ricerca, e associazioni, in occasione di convegni, conferenze, seminari dedicati, proprio come quello di stasera.

Il tema che ispira queste giornate di studio identifica uno dei settori in cui è più intensa l'attività della Fondazione "Il Buon Samaritano", che per espresso volere del suo Fondatore, il Beato Giovanni Paolo II, dedica particolare attenzione alle persone affette dalla patologia dell'HIV/AIDS, che insieme alla sofferenza fisica, per un morbo che logora irrimediabilmente il loro corpo, sperimentano la sofferenza umana, l'umiliazione e la solitudine, conseguenze della cecità della società che li emargina, li abbandona, li denigra, e li rende doppiamente vittime. Una forma di esclusione sociale che ostacola, e a volte impedisce totalmente, l'accesso alle cure, ritardando la presa in carico dei pazienti e la possibilità di alleviare le loro sofferenze, fisiche, psicologiche, spirituali.

Proprio il diritto di accesso universale alle cure dovrebbe essere un diritto "effettivo", ma nella realtà, nell'Africa subsahariana ad esempio, una delle aree più colpite, solo il 5% dei malati di AIDS riceve assistenza e cure adeguate e si fanno sempre più drammatiche le conseguenze della diffu-

sione della patologia sulle famiglie e sui minori.

Come detto ieri dal nostro Presidente, Sua Ecc.za Zimowski, apprendo i lavori di questo Convegno, secondo l'UNAIDS – l'agenzia delle Nazioni Unite per la lotta all'AIDS – il virus HIV ha contagiato in 30 anni più di 60 milioni di persone e più di 30 milioni di persone sono morte per cause collegate con la malattia. Vi sono oggi 33,3 milioni di persone che vivono con il virus. L'Africa subsahariana è la più colpita dall'epidemia, con il 67,5% delle persone che vivono con l'HIV nel mondo (22,5 milioni) e 72,2% dei casi di morte (1,3 milioni nel 2009) a causa dell'AIDS.

Per dare sollievo e cura alle popolazioni piagate da questo terribile flagello, e rispondere alle richieste di sostegno, sempre più numerose negli anni, provenienti dalle diocesi e dagli istituti religiosi dei singoli Paesi, fino a oggi la Fondazione ha operato offrendo cibo e medicinali quale strumento di aiuto immediato. Ora è venuto il momento di fare un salto di qualità, di potenziare l'efficacia dei nostri interventi, promuovendo una proficua sinergia fra la Chiesa, nei suoi organi competenti, e il mondo della sanità e delle aziende produttrici di medicinali. Una sinergia che trova espressione in un **Modello di Azione Integrato**, che vede i diversi attori contribuire secondo i propri ambiti di competenza, e che si articola in dimensioni e obiettivi specifici:

1. Assicurare la distribuzione di farmaci antiretrovirali a basso costo, capaci di raddoppiare – secondo quanto riferito da UNAIDS – la speranza di vita delle persone affette da HIV, innalzandola da una media di 11 anni a 22, con particolare efficacia nei pazienti più giovani. Il prezzo, per quanto basso deve rimanere a carico del governo locale, non del paziente. Infatti, anche una spesa di soli 200 o 300 dollari di terapia l'anno, che pure è di 30 volte inferiore alla spesa corrispondente in Europa, si rivela insostenibile per un africano medio che vive con 2,3 dollari al giorno. La persona malata poi molto spesso non può lavorare, quindi viene privata di una fonte di reddito

proprio mentre deve sostenere il costo della terapia. L'abbattimento dei costi è fondamentale ma va accompagnato da un impegno dei governi teso a favorire l'accesso gratuito ai farmaci: è necessario ricreare quella rete che in una sorta di "alleanza terapeutica" unisce il paziente al governo locale e alle istituzioni internazionali, anche a fronte dei grandi finanziamenti dedicati ai programmi di lotta all'AIDS pianificati dalle stesse istituzioni internazionali.

L'accesso gratuito ai farmaci, nei Paesi poveri, è la precondizione alla possibilità di un effettivo trattamento dei malati, e il trattamento – come più volte evidenziato nel corso di questo convegno di studio – ha una doppia valenza: quella della cura del malato, e quella della prevenzione del morbo, che si attua riducendo, proprio attraverso il trattamento, le possibilità del contagio e propagazione della malattia.

2. Promuovere la formazione del personale medico-infermieristico. È necessario trasferire presso le popolazioni locali conoscenze e competenze, attraverso percorsi di formazione, teorica e operativa, tesi a creare figure professionali in grado di operare in contesti sanitari deprivati come quelli dei Paesi poveri, medici, infermieri assistenti che possano gestire con competenza e in maniera efficace le strutture sanitarie che sono loro affidate. Insieme è necessario formare anche manager in grado di gestire sotto il profilo economico e amministrativo i centri di salute e gli ospedali.

3. Strategica sarà poi la realizzazione di laboratori di analisi, diagnosi e trattamento anche nei centri abitati minori, in luoghi non adeguatamente serviti da vie di trasporto e comunicazione, per offrire una rete di supporto capillare e integrata.

4. Incrementare l'azione volta alla prevenzione tradizionale, a vantaggio di bambini e famiglie. Un'azione finalizzata anzitutto a prevenire il rischio della cosiddetta "trasmissione verticale" del virus, quella che vede la madre incinta affetta da HIV/AIDS

contagiare il feto, ma anche quella che agisce all'interno di nuclei familiari dove alcuni dei membri sono affetti dal morbo. Una prevenzione che muove poi attraverso l'educazione ai valori della vita, della famiglia e della sessualità responsabile, realizzata nel contesto delle scuole cattoliche presenti sul territorio.

5. Infine il nostro modello integrato prevede la *promozione di progetti di sviluppo agricolo e*

microcredito, sia nel settore delle coltivazioni che in quello degli allevamenti, tesi a garantire il sostentamento economico delle comunità e delle singole famiglie, assicurare la disponibilità di cibo e acqua, e favorire l'inserimento sociale. Si tratta in questo caso di percorsi indiretti di "prevenzione", volti a contrastare i fattori di problematicità del contesto, sotto il profilo socio-economico.

Un Modello d'azione che intendiamo porre al centro di un **tavolo**

di lavoro congiunto fra la Fondazione "Il Buon Samaritano" e le istituzioni e organizzazioni ecclesiali o no del settore. Si tratta di un'opportunità necessaria e irrinunciabile per sviluppare e attuare i percorsi tracciati in occasione di questo Convegno di studi: non un punto di arrivo ma un punto di partenza dunque, il motore che può rilanciare lungo nuove prospettive l'azione di aiuto della Chiesa e dei suoi partner in favore dei malati più poveri del mondo.

L'esperienza nella prevenzione e nel trattamento della malattia da HIV/AIDS Ospedale Divina Providência – Luanda-Angola

SR. AMNERIS SERAFIN

Povera Serva della Divina Provvidenza

Centro HIV/AIDS

Ospedale "Divina Providência"
Luanda, Angola.

Experience in the prevention and treatment of illnesses caused by HIV/AIDS in the Divina Providência Hospital in Luanda, Angola

The history and the experience of this Institution of the Work of Divine Providence, an Angolan extension of the Religious Congregation of the Poor of Divine Providence, which offers a service of admissions, of mobile clinic visits, and a laboratory for clinical analyses. The method of assistance is then described: counselling, the accompanying of HIV-positive people, the prevention of the transmission of the virus from mother to child, the accompanying of the neonate, mutual help groups,

and information activities. Such assistance is also given in cooperation with international organisations with a view to being witnesses to hope and being able, ever more, to improve the life conditions of patients with HIV/AIDS.

Introduzione

Scriveva così il nostro fondatore S. Giovanni Calabria: "[...] *siamo chiamati ad andare dove nulla c'è umanamente da ripromettersi...con uno spirito di fede, fiducia ed abbandono totale nella Divina Provvidenza, per testimoniare la paternità/maternità di Dio, servendo i più poveri ed abbandonati*". Da queste radici della spiritualità calabrianica è sorto anche l'Ospedale Divina Providência, struttura sanitaria nella quale ha incontrato uno spazio di accoglienza e trattamento anche l'ammalato di HIV/AIDS.

Costituito nel 1994, è una istituzione che appartiene all'Opera Divina Provvidenza, estensione angolana della Congregazione Religiosa dei Poveri Servi della Divina Provvidenza. La nostra missione si ispira al carisma di S. Giovanni Calabria, sacerdote italiano, veronese, vissuto tra il XIX e XX secolo, canonizzato da Papa Giovanni Paolo II il 18 Aprile 1999, il cui spirito era quello di manifestare al mondo la paternità e maternità di Dio Padre attraverso l'attenzione all'uomo in tutti gli aspetti della sua vita, anche quello della salute, con un atteggiamento di piena disponibilità, dedizione e responsabilità. L'Opera Don Calabria nel mondo si realizza nella stretta collaborazione tra Poveri Servi, Povere Serve e Missionarie dei Poveri che, in ogni ambito e attività nei quali sono chiamati a operare, cercano di vivere uno "spirito di Famiglia" tipicamente calabrianico, lasciato come stile di vita dal nostro fondatore.

La missione in Angola

Siamo presenti in Angola dal 1982, iniziando la nostra presenza negli ambiti pastorale e sanitario, per rispondere alle necessità più urgenti ed evidenti della popolazione che soltanto nel 1975 aveva ottenuto l'Indipendenza ed era poco dopo ricaduta in un clima di guerra. Una delle caratteristiche del carisma calabrianesimo è *"andare là dove nulla c'è umanamente da ripromettersi"*: per questo motivo, la scelta di sviluppare la nostra presenza in una zona della periferia di Luanda tra le più povere e abbandonate, dove si trovavano soprattutto rifugiati provenienti dalle provincie all'interno del paese a causa del conflitto armato.

Per capire quale fosse la situazione che abbiamo incontrato all'inizio degli anni '90 a Luanda, dobbiamo fare riferimento all'assenza dei requisiti minimi necessari per offrire una vita degna alle persone: nel *bairro* dove risiedevamo, il Golf – chiamato così perché era una zona estesa utilizzata per praticare lo sport nell'epoca coloniale – non vi erano presidi sanitari. Tale carenza rispecchiava la situazione della popolazione, che cercava di sopravvivere senza assistenza sanitaria, senza acqua, senza corrente elettrica, senza fognature, con scarsi generi alimentari, in uno stato di marginalità e abbandono. Le persone che si erano stabilite nel *bairro* provenivano dalle provincie limitrofe, nelle quali la lotta armata era cruenta e costringeva le famiglie a fuggire verso la zona costiera, dove si trova la capitale Luanda.

Fin dagli anni '90, quindi, si è alimentato un flusso di persone che hanno sovraffollato la città, che non è riuscita a dotarsi dei servizi igienico-sanitari necessari per rispondere alle esigenze di una popolazione stimata di circa 7 milioni di abitanti, tutti concentrati a Luanda. L'Angola ha una popolazione totale di circa 19 milioni di abitanti e una superficie di 1.246.700m², suddivisa in 18 provincie che corrispondono a circa 5 volte l'Italia. La densità della popolazione del *bairro* nel quale lavoriamo è molto elevata, favorendo, così, la rapida trasmissione di malattie, soprattutto quelle in-

fettive. Le condizioni sociali precarie e le sacche di povertà diffusa rendono difficile la gestione dell'assistenza sanitaria, che abbiamo voluto affrontare sotto un profilo integrale.

L'Hospital Divina Providência

L'Ospedale Divina Providência è strutturato in una rete sanitaria, che comprende 5 Centri di salute decentralizzati, situati nelle comunità periferiche, dove accanto al servizio sociale e pastorale si offre l'assistenza sanitaria di 1° livello, per la quale, generalmente, non è presente un medico, pertanto la responsabilità del Centro è affidata al personale infermieristico.

L'unità centrale riceve i pazienti più gravi trasferiti dai Centri di Salute oppure da altre unità sanitarie limitrofe; l'assistenza offerta dall'ospedale è di 2° livello, ovvero caratterizzata dalla presenza di personale medico specializzato per la cura di patologie più complesse e di equipaggiamenti e attrezzature per una diagnosi più accurata. Nel medesimo spazio ospedaliero funziona anche una struttura che ospita due Centri adibiti al trattamento dei pazienti con tubercolosi e HIV/AIDS.

La struttura centrale è, quindi, il punto di riferimento per la cura dei pazienti più gravi, i quali possono accedere ai servizi di:

- ricovero in pediatria, medicina, centro nutrizionale terapeutico, infettivologia (TB – HIV/AIDS);
- visite ambulatoriali di medicina generale, pediatria, malnutrizione, stomatologia, optometria, ortopedia, cardiologia;
- analisi cliniche di laboratorio, centro trasfusionale, ecografia, piccola chirurgia, radiologia e farmacia.

Ogni giorno all'interno dell'attività sanitaria di ambulatorio vengono assistiti in media 250 adulti e 350 bambini. Nel reparto di pediatria sono ricoverati in media 170 bambini al mese, mentre nel Centro Nutrizionale Terapeutico sono ricoverati in media 35 bambini al mese affetti da malnutrizione severa con complicazio-

ni. Le patologie più ricorrenti in pediatria sono le infezioni respiratorie, a seguire la diarrea, la malaria, l'anemia e la malnutrizione. Nel reparto di Medicina generale e tubercolosi sono ricoverati mensilmente circa 150 pazienti, nei quali sono inclusi anche i pazienti HIV/AIDS.

Il Centro HIV/AIDS – storia

Dopo questa breve introduzione sull'attività generale dell'ospedale, passiamo ora a condividere la nostra esperienza e organizzazione nell'ambito dell'HIV/AIDS: il primo caso di un paziente sieropositivo verificatosi in Angola risale al 1985; per diversi anni il Governo angolano non è riuscito a intraprendere nessuna iniziativa. Soltanto nei primi anni '90, il Paese si è mosso per cercare un percorso adatto a identificare il problema che si stava profilando, con l'implementazione di azioni pilota rivolte alle prostitute, alle gestanti e agli ammalati di tubercolosi. La difficoltà nell'affrontare la tematica dell'HIV/AIDS era fortemente legata ad aspetti sociali, culturali, economici e politici che hanno ritardato l'attuazione di progetti e programmi.

Noi abbiamo cominciato a identificare il problema con i pazienti TBC a partire dal 1996-1997, quando ancora i test HIV non erano di facile accesso in Angola e nel nostro ospedale non vi erano. Il trattamento della seconda fase della tubercolosi prevedeva l'uso del Tiacetazone, il quale reagiva in modo peculiare nel paziente affetto da HIV con una reazione cutanea molto grave di fronte alla quale bisognava sostituire il farmaco.

Nel 1999 la cooperazione italiana ci ha chiesto di partecipare a un programma di identificazione e trattamento di alcune malattie opportunistiche, come la sifilide e l'epatite B, in pazienti con tubercolosi, includendo così anche il test HIV. La percentuale di co-infezione rilevata nel nostro centro TB è stata del 13%. Naturalmente, allora non esisteva ancora un adeguato accompagnamento dei pazienti HIV, pertanto non veniva offerto un *counseling* organizzato

e completo pre- e post-test con la relativa assistenza del paziente infetto.

Successivamente, nel 2001, siamo stati invitati a partecipare a un progetto pilota riguardante uno *“Studio epidemiologico sulla sieroprevalenza e fattori di rischio di HIV-epatite e sifilide in pazienti con tubercolosi”* trattati nel nostro centro, in collaborazione con UNAIDS. Il risultato di questo studio ha rilevato una percentuale di co-infezione TB-HIV del 10,4%. Per poter così rispondere a questa proposta e per affrontare in modo etico questa problematica, è stato indispensabile iniziare con la formazione del personale. Abbiamo quindi puntato sulla formazione di infermieri e attivisti, anche comunitari, che fossero in grado di interagire con le persone identificate e offrire un accompagnamento adeguato.

Infatti, nel momento in cui vi era la disponibilità volontaria del paziente a sottoporsi al test, questo, di conseguenza, lo esponeva all'eventualità di ricevere un risultato positivo. Le reazioni a questa risposta erano, all'epoca, le più diverse e disperate, ed era comprensibile, in quanto la risposta che veniva data era “di morte quasi certa”, visto che l'Angola non aveva ancora una strategia concreta per aiutare la popolazione. Il personale formato aveva il compito di stare vicino alla persona contagiata dandole un appoggio psicologico e umano, per aiutarla ad accogliere la sua situazione e imparare a interagire in maniera positiva, con un atteggiamento di speranza, pur non avendo gli strumenti per un trattamento adeguato.

La centralità della persona malata e la sua dignità sono “il cuore” della nostra missione sanitaria, nella quale non possiamo dimenticarci del mandato al quale siamo stati chiamati: curare le persone da un punto di vista clinico, senza sottovalutare l'aspetto umano e psico-sociale del messaggio cristiano della Salvezza, intesa come affidamento della propria vita a Qualcun Altro.

Di fronte all'evidenza della problematica HIV, l'Angola ha preso coscienza della necessità di intervenire concretamente; il Paese ha

puntato sulla formazione del personale sanitario, organizzando un seminario specifico al quale fu invitato a partecipare un medico per ogni provincia. Successivamente, è stata aperta una struttura governativa di riferimento di tipo day hospital per l'accompagnamento dei pazienti.

Il Centro HIV/AIDS: struttura e attività

Il 2004 è il momento nel quale il Governo, dopo quasi vent'anni dal primo caso HIV identificato nel Paese, intraprende in forma strutturata la sua attività di lotta contro l'HIV/AIDS. Dal gennaio 2004 anche noi siamo un'unità attiva del Programma Nazionale di Lotta contro l'AIDS con un'équipe attualmente formata da medici, una psicologa clinica, infermieri, tecnici di laboratorio, personale di appoggio e attivisti sociali che gestiscono l'attività del Centro di appoggio e trattamento integrale alle persone infettate e affette dal virus HIV/AIDS.

È molto importante sottolineare il nostro desiderio di voler **“camminare insieme con”** la realtà locale, perché questo ci permette di essere più credibili in quello che facciamo, perché lavoriamo con gli stessi loro mezzi, e allo stesso tempo ci permette di aiutarli a far funzionare meglio ciò che esiste già.

Abbiamo iniziato a lavorare nell'ambito dell'HIV/AIDS già dal Settembre del 2003; fino ad Aprile 2011 abbiamo registrato circa 3.473 pazienti, dei quali 384 sono bambini con età compresa tra 0-14 anni. La mortalità rilevata e conosciuta fino alla fine di Aprile 2011 è stata del 12%, i trasferiti a un altro centro sanitario rappresentano il 3,3% e gli abbandoni rilevati sono il 24,3%. Il dato legato agli abbandoni non è da considerare reale, in quanto molti dei pazienti che noi consideriamo come abbandoni sono probabilmente già deceduti, ma non ci sono pervenute informazioni al riguardo.

Circa la metà dei pazienti è in accompagnamento con la terapia antiretrovirale. Di questi il 66,6% sono donne, mentre il 33,4% so-

no uomini: queste due cifre messe a confronto ci introducono alla questione di genere in Angola, un tema che ancora oggi circoscrive la donna a una condizione di schiavitù, dalla quale difficilmente può affrancarsi per raggiungere l'emancipazione. La maggioranza delle donne in Angola sono dedite all'accudimento dei figli, ai lavori domestici, attività rurali e al commercio informale, rappresentando il punto di riferimento per la famiglia e, spesso, anche l'unica fonte di sostentamento. Del totale dei pazienti registrati, circa l'11,7% sono bambini dagli 0-14 anni, l'11,1% sono giovani dai 15-24 anni, il 65% sono persone dai 25-44 anni e il 12,1% supera i 45 anni. Da questi dati si evince che la fascia di età più colpita è quella corrispondente all'età fertile ed economicamente attiva, ne consegue da un lato l'aumento del numero delle infezioni e, quindi, dei costi per il trattamento, e dall'altro, una progressiva diminuzione dell'attività lavorativa e, a lungo termine, dello sviluppo del Paese, a causa della fragilità della salute dei pazienti.

Dal 2003 il trend dei casi nuovi si è dimostrato quasi sempre in crescita; nel passaggio dagli anni 2007-2009 si registra l'incremento più rilevante di nuovi casi: dal 2007 al 2008 vi è stato un aumento di 129 nuovi casi, pari al 23,9% in più rispetto all'anno precedente, mentre dal 2008 al 2009 tale percentuale arriva al 31%.

La prevalenza della sieropositività delle donne rispetto agli uomini si riconduce a fattori fisiologici e culturali: i primi legati alla fisiologia sessuale maschile e femminile, i secondi alla pratica accettata a livello di diritto consuetudinario della poligamia, che fa sì che l'uomo possa condividere la sua sessualità con più donne.

Il funzionamento del nostro Centro si presenta strutturato secondo i parametri definiti dall'Istituto Nazionale di Lotta contro l'HIV/AIDS e comprende:

- il servizio di *counseling* e test volontario;
- il programma di accompagnamento del paziente sieropositivo adulto e pediatrico;
- la prevenzione alla trasmissione materno-fetale;

- l’accompagnamento del neonato;
- il Gruppo di Aiuto Mutuo;
- le visite domiciliari;
- le attività di informazione, educazione, comunicazione (IEC) e sensibilizzazione nelle scuole, centri di salute, luoghi di culto, mercati e punti di aggregazione sociale.

I pazienti da noi seguiti arrivano al Centro perché diagnosticati durante il servizio di *counseling*, oppure perché provengono dai reparti dell’ospedale e centri di salute. Accompagniamo anche molti pazienti che vengono trasferiti da altri presidi sanitari della capitale. La provenienza dei pazienti è molto variabile, proprio per la libertà di scelta della struttura sanitaria nella quale vogliono essere seguiti. I nostri pazienti risiedono, per la maggior parte, nei *bairros* del Municipio dove lavoriamo, la cui popolazione appartiene a gruppi sociali molto poveri; ci troviamo nella periferia a Sud di Luanda, dove le strutture e i servizi sono carenti e la maggior parte della popolazione sopravvive grazie agli esigui guadagni del commercio informale.

I protocolli di assistenza che utilizziamo rispettano le regole determinate a livello nazionale, con alcune modalità dettate dalle nostre esigenze: molte delle attività che riguardano l’accompagnamento del paziente sono gestite dall’infermiere, che riveste un ruolo fondamentale nel rapporto instaurato con il paziente nei vari momenti di supporto al trattamento; questa figura professionale acquisisce delle competenze plurime e complementari anche per la scarsità di personale medico.

L’infermiere accoglie il paziente che arriva al Centro per la prima volta e diagnostica il suo stato sierologico, poi subentrano gli elementi clinici e psicologici con i quali si deve interagire. Si prepara la richiesta per una gamma di analisi cliniche di routine con le quali, poi, si può fissare una data per la prima visita medica. Una volta visitato il paziente ed escluso il rischio di una tubercolosi in atto, il medico decide se iniziare una terapia antiretrovirale oppure se accompagnare periodicamente

il paziente, secondo i risultati della valutazione clinica e immunologica. Il paziente ritorna dall’infermiere al quale spetta mettere in atto la prescrizione medica; prima dell’inizio della terapia sono organizzate delle sessioni di “adesione terapeutica”, nelle quali si spiega l’importanza dell’assunzione dei farmaci, rispettando l’orario definito, con responsabilità e costanza, per non correre il rischio di creare resistenza al farmaco. L’Angola ha adottato la tri-terapia, consigliata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità con una forma farmaceutica che, per un paziente che assume il farmaco per la prima volta, è di facile utilizzo. Tuttavia, la difficoltà all’adesione è difficile da sradicare e molto spesso le motivazioni sono legate alle condizioni precarie in cui vivono i pazienti, al ridotto supporto familiare, alla mancanza di mezzi economici per raggiungere il Centro, allo scarso supporto alimentare e alla lontananza del luogo dove risiedono. Il follow-up del paziente è previsto, di routine, ogni tre mesi con gli esami per la valutazione dell’efficacia della terapia.

La risposta alla terapia antiretrovirale offre gli elementi per definire la metodologia di accompagnamento, cioè la frequenza con la quale il paziente deve presentarsi al Centro per ricevere il farmaco. Sappiamo che la terapia antiretrovirale ha molti effetti collaterali, per questo motivo, all’inizio della stessa, si fissa un appuntamento al paziente ogni quindici giorni, per un mese. Successivamente, si programmano visite mensili che vengono gestite dall’infermiere con la consegna della terapia antiretrovirale. Il primo controllo medico con il monitoraggio del CD4 che permette di valutare l’efficacia della terapia si effettua al terzo mese di trattamento; il secondo controllo medico al sesto mese di trattamento e, successivamente, ogni sei mesi.

Qualora il paziente dimostri responsabilità e costanza nell’assunzione dei farmaci, dal sesto mese si passa da un accompagnamento mensile a un accompagnamento bimestrale. Questo tipo di metodologia utilizzata per il follow-up del paziente nei primi sei

mesi ci permette da un lato di conoscere meglio la persona, soprattutto per quanto concerne l’accettazione e la gestione della sua nuova condizione, e dall’altro di instaurare e approfondire un rapporto umano e personalizzato con il paziente.

L’ideale sarebbe poter garantire un accompagnamento medico con follow-up di laboratorio ogni tre mesi, ma, il limitato personale in rapporto all’elevato numero di pazienti e le limitate risorse economiche, non ci consentono di ridurre gli intervalli tra le visite. Ciononostante, il paziente che è seguito nel nostro Centro ha la possibilità di accedere al servizio sanitario ogni qual volta ne abbia necessità, per motivi che esulano dal protocollo HIV/AIDS, ovvero per qualsiasi altra patologia o sintomatologia che possa presentare. I farmaci sono stati resi disponibili, fino a un anno fa circa, con frequenza regolare, dall’Istituto Nazionale di Lotta contro HIV/AIDS; anche oggi è sempre l’Istituto che fornisce questi farmaci, ma con problemi a mantenere il rifornimento regolare. Lo stesso problema si riscontra anche per il rifornimento dei reagenti per il controllo periodico dei CD4, che viene realizzato nel laboratorio del nostro ospedale.

Generalmente, è nei Centri di Salute dove viene effettuata la diagnosi di una gestante sieropositiva, ma potrebbe essere anche una paziente che stiamo già accompagnando. Per la gestante viene implementato un tipo di assistenza che prevede l’accompagnamento con visite prenatali fino al momento del parto. L’ospedale Divina Provvidenza attualmente non dispone di una sala parto, motivo per il quale si consiglia alla paziente di scegliere una maternità vicina al proprio domicilio per partorire. Qualora la paziente non riesca a raggiungere la maternità e quindi partorisca in casa, è consigliata a dirigersi quanto prima, comunque entro settantadue ore, presso il nostro centro oppure presso una maternità, per ricevere la profilassi per il neonato prevista dal Protocollo Nazionale (Zidovudina durante quattro settimane) e un accompagnamento periodico da parte del pediatra.

Il programma di prevenzione della trasmissione materno-fetale è stato iniziato nel maggio del 2009, fino alla fine di Dicembre 2010 sono stati seguiti 382 gestanti e 218 bambini esposti al rischio di infezione. Delle gestanti, soltanto 95 hanno portato a termine l'accompagnamento pre-natale, come è previsto dal Protocollo di Prevenzione, partorendo in una maternità e aderendo alle visite di accompagnamento per il bambino esposto fino al 18° mese di vita. La data per il primo controllo del test HIV del neonato è prevista al 9° mese di vita con un controllo al 12°-15° e al 18° mese di vita, qualora il test risulti positivo o indeterminato. Sul totale dei bambini esposti (89), escludendo i bambini trasferiti (1) e deceduti (5), il 15,7% è risultato HIV+ e l'84,3% HIV-.

La letteratura africana dice che, in generale, se nessuna gestante segue la prevenzione prevista per la riduzione del rischio di trasmissione materno-fetale, esiste una probabilità del 40% di avere un figlio sieropositivo. Nel mondo occidentale, invece, la probabilità di avere bambini sieropositivi è tra lo 0 e il 2%, una volta che si è seguito fedelmente il protocollo per la prevenzione. Nel nostro caso, la percentuale si è assestata al 15,7% di casi sieropositivi, un risultato discretamente accettabile per la realtà e i mezzi di cui disponiamo. Tuttavia, è doveroso sottolineare che la maggioranza dei bambini risultati positivi era affetta da malnutrizione severa e tubercolosi.

Le attività comunitarie

L'accompagnamento dei pazienti sieropositivi è supportato da una serie di attività che coinvolgono la prevenzione, sensibilizzazione, informazione ed educazione all'HIV/AIDS. Ci troviamo in un contesto sociale fortemente tradizionale dove la persona sieropositiva vive ancora ai margini della società a causa di una forte discriminazione, che la lega alla dimensione di credenze locali. L'aspetto religioso pervade la totalità della vita delle persone, le quali ricollegano fatti che riguardano la salu-

te a manifestazioni quasi magiche o legate a forme di stregoneria (*feiticharia*). Anche l'HIV/AIDS viene considerato nei ceti sociali analfabeti la conseguenza di rituali o manifestazioni legate alla magia nera.

Di fronte a un contesto culturale immerso nella tradizione, abbiamo cercato di comunicare, spiegare e coscientizzare le persone rispetto alla veridicità della forma di trasmissione dell'HIV/AIDS con incontri, dinamiche di gruppo, discussioni nelle classi di alunni, a livello delle comunità nei *bairros*, nelle parrocchie, soprattutto attraverso l'attività pastorale, nei Centri di Salute dando informazioni, educando e sensibilizzando alla tematica. Per le persone già infette organizziamo, con l'aiuto di un gruppo di attivisti locali che fanno parte dell'Associazione Amici dei Sieropositivi, degli incontri di aiuto mutuo con lo scopo di far partecipare attivamente le persone per condividere la loro esperienza di vita, le loro problematiche e le loro necessità. Ogni paziente usufruisce anche di un servizio di accompagnamento psicologico che è un punto di riferimento costante e importante per affrontare e gestire la propria situazione con serenità. L'insieme delle cure per il paziente sieropositivo non sono state ancora codificate in maniera sinergica all'interno di un manuale ufficiale; noi stiamo cercando di costruire una mappatura del Municipio di Kilamba Kiaxi attraverso le visite domiciliari che programiamo per i casi di pazienti senza appoggio familiare, che hanno abbandonato la terapia, con particolari carenze socio-economiche, orfani, giovani mamme in difficoltà perché abbandonate dal proprio partner e dalla famiglia.

Attraverso questa analisi possiamo risalire alla situazione sociale del territorio dove operiamo, identificare le sacche di povertà più profonde, riassumere alcuni fattori di vulnerabilità sociale che predispongono una persona all'abbandono della terapia e quindi a perdere la speranza di cambiare in meglio la propria vita. Il linguaggio scelto per affrontare il tema della prevenzione dell'HIV/AIDS s'inserisce in un

messaggio educativo più ampio, che coinvolge la sfera dei valori umani, dell'affettività, della sessualità come dono e come espressione di vero amore, educando al rispetto della propria vita e di quella degli altri.

La progettualità

Con le *partnerships* instaurate attraverso progetti di cooperazione allo sviluppo abbiamo cercato di apportare delle migliorie nella gestione delle attività nell'ambito dell'HIV/AIDS. Dal 2008 stiamo collaborando con il progetto HAMSET, promosso dalla Banca Mondiale, in unione con l'Istituto Nazionale di Lotta contro l'HIV/AIDS, attraverso il quale ci siamo proposti di implementare un sistema integrato di appoggio e accompagnamento per il malato sieropositivo. Questo obiettivo prevedeva delle microazioni volte alla formazione del personale medico e sanitario per il supporto al paziente HIV+ e la formazione dei tecnici di laboratorio per la parte relativa alle analisi cliniche. Particolare attenzione è stata posta nell'accompagnamento dei bambini sieropositivi, che rappresentano l'11,7% dei casi registrati, un gruppo rilevante sul quale si può lavorare. Per loro abbiamo creato un'area ludico-ricreativa, uno spazio nel quale, insieme a un educatore, possono giocare, imparare e fare attività manuali.

Per quanto riguarda il *counseling* è stato creato un consultorio adibito al test volontario, nel quale la persona è accolta e può iniziare un dialogo aperto e sereno con un attivista preparato per orientare e dare suggerimenti sulle modalità di trasmissione dell'HIV/AIDS e di altre malattie sessualmente trasmissibili. Il nostro progetto prevede anche una componente di aiuto mutuo (G.A.M.) tra i pazienti attraverso l'organizzazione di incontri di gruppo con persone sieropositive; questi incontri hanno la funzione di aggregare, creare uno spazio libero di confronto e di condivisione, non soltanto mirato all'HIV/AIDS, ma di più ampio respiro. Per questo motivo, stiamo cercando, con la proroga del progetto

HAMSET che ci è stata concessa quest'anno per alcuni mesi, di far diventare il gruppo di aiuto mutuo un incontro dove si può dibattere su un tema sociale, si può fare un corso di manualità, gestire un piccolo capitale monetario iniziale e farlo fruttare come gruppo, ognuno nella propria attività lavorativa. Quest'ultima azione rientra nelle attività di microcredito.

Il gruppo di aiuto mutuo serve da catalizzatore per avviare esperienze dinamiche e autosostenibili e per fare in modo che le persone sieropositive, che vivono nella società ma che non sono pienamente riconosciute e rispettate da questa, possano condurre un'esistenza autonoma e serena, positiva e di speranza. Questa attitudine alla vita è un altro obiettivo che, con il nostro progetto, stiamo cercando di implementare con le visite domiciliari: il flusso di pazienti che riceviamo al Centro HIV/AIDS ha provenienze molto diversificate e spesso, per situazioni personali difficili e instabili, alcuni pazienti abbandonano la terapia antiretrovirale. Il nostro gruppo di attivisti è stato formato per andare a visitare i pazienti nel loro ambiente familiare, osservare alcuni aspetti necessari per fare un'analisi della loro condizione e poter rispondere con degli strumenti efficaci di aiuto e incentivo.

Le prospettive future

Sempre di più ci stiamo avvicinando a una gestione integra-

ta e completa della situazione dell'HIV/AIDS, in quanto la clinica da sola non basta a risolvere i problemi personali e sociali che questa malattia cronica porta con sé. Per questo cerchiamo anche di seguire le linee guida stabilite a livello internazionale, che definiscono il percorso generale sul quale tracciare la nostra strategia *in loco*.

Prendendo come riferimento le mete globali fino al 2015 dichiarate dal Segretario Generale dell'ONU per la lotta all'HIV/AIDS, abbiamo analizzato la possibilità di rientrare in questi obiettivi con le attività che portiamo avanti nel nostro centro, puntando il più possibile su:

- la riduzione della trasmissione del virus HIV da madre a figlio;
- la garanzia di un maggiore accesso per le persone affette da HIV/AIDS all'accoglienza e al trattamento;
- un miglior accompagnamento dei pazienti TB-HIV applicando un protocollo interno che permetta una rapida identificazione, registro e monitoraggio dei casi in accompagnamento e una conseguente riduzione della mortalità.

Per intraprendere con una visione olistica tutto il percorso che parte dalla prevenzione fino all'accompagnamento integrato della persona sieropositiva, noi come ospedale Divina Provvidenza, abbiamo pensato ad alcune mete future che ci impegniamo a concretizzare. I nostri obiettivi si concentrano su tre direttrici principali:

1. la costruzione di un nuovo centro multifunzionale HIV/AIDS, riabilitando un edificio già esistente, in stato di abbandono, e dotandolo dei servizi di *counseling*, trattamento, accompagnamento clinico, day-hospital, gruppi di aiuto mutuo;

2. centro di studi, formazione e promozione comunitaria e di un centro di ricerca e statistica;

3. l'implementazione di una rete di microcredito con i gruppi di aiuto mutuo per creare delle piccole cooperative economicamente autosostenibili;

4. redigere un manuale ufficialmente riconosciuto a livello governativo sui paradigmi di accompagnamento domiciliare per le persone sieropositive.

Conclusione

Di fronte a questa panoramica si può intuire che il cammino intrapreso per l'accompagnamento di una persona vivendo con HIV/AIDS non è facile, ma non può non essere se non un cammino di SPERANZA. Siamo chiamati a essere "testimoni" di questa speranza, dimostrando amore, solidarietà, competenza ed efficacia, di fronte a coloro nei quali e per i quali anche oggi Cristo soffre e muore, con la certezza di poter vedere un numero sempre più elevato di persone vivendo con HIV/AIDS migliorare le proprie condizioni di vita, soprattutto in Africa, il continente più fortemente colpito.

Le Centre Dream au Cameroun

SR MARIA ANGELES MENDAZA

*Responsable du
Centre DREAM,
Cameroun*

The "Dream" Center in Cameroun

In Cameroun there are about 540,000 persons – adults and children – who live with HIV. The total population is 19 million, with an HIV/AIDS prevalence of 5.1%. In response to this situation, the "Dream" Center was created by the combined efforts of the Sisters of Charity and the Sant'Egidio community. It was established in May 2008 in the Diocese of Bafousam in order to screen the population of this part of western Cameroon for HIV infection and to effectively follow up infected persons. The main point of this campaign is to detect future mothers who are HIV positive, to treat them adequately, and in this way to prevent the vertical transmission of the virus responsible for the infection of the neonate.

Since its opening, the center has checked 2,501 persons, with 750 HIV tests coming back positive, 1,745 negative and two dubious.

The program of the "Dream" Center to prevent the vertical transmission of HIV has allowed to keep 31 HIV-negative babies from HIV-positive mothers. Currently, the center is following up on 40 pregnancies with HIV-positive mothers, adequately treating them in order to allow them to give birth to HIV-negative babies. After birth, these babies will be observed during an 18 month period before declaring them HIV uninfected. Moreover, the center treats and follows up on 640 patients who live with

HIV (584 adults, 56 children). The antiretroviral treatment is allocated by the government, but the treatment of the opportunistic diseases is paid for by the center. Six persons, who were previously infected with HIV, have been successfully treated and are now part of the center's team. They encourage the patients with information and advice, raising their spirits with their cheerfulness.

One of the main problems is guaranteeing the patients' nutrition. Many of the treated children are underfed and so the center provides these children with an allocation of food. The positive outcome of these activities has already had a noticeable impact on the surrounding population. People who live in fear of possible HIV contamination are now coming earlier for a consultation. When they are screened HIV-positive, having learned that they can be treated effectively they feel less discriminated against and have more hope.

Le Cameroun: géographie, démographie et infection VIH/SIDA

Le Centre Dream est situé à l'ouest du Cameroun. La population du Cameroun est de 19 millions d'habitants avec une densité de 39,7 hbts/km²: Le taux de mortalité y est de 1,22% en moyenne, de 14,9% pour les moins de 5 ans. L'espérance de vie moyenne y est de 53,69 ans.

En ce qui concerne l'infection VIH/SIDA, l'ONUSIDA estime qu'il y avait, en 2007, 540.000 adultes et enfants VIH séropositifs pour une population de 19 millions d'habitants, avec une prévalence de 5,1% pour la tranche d'âge 15-49 ans. Pour une population de

19 millions d'habitants en 2007, on recense au Cameroun 540.000 adultes et enfants séropositifs. Un taux de prévalence moyen chez l'adulte (15-49 ans) de 5,1% selon les statistiques ONUSIDA.

La population de l'ouest du Cameroun est estimée à 2 millions d'habitants (soit 11% de la population du pays) avec une densité de 143 hbts/km². Environ 4,7 % de cette population est séropositive

Depuis l'ouverture du Centre Dream au Cameroun

Le centre Dream Dschang est né en mai 2008 de la rencontre sur ce projet des Filles de la Charité et de la communauté Sant'Egidio. Situé dans le Diocèse de Bafousam, il a été approuvé par le Ministère de la Santé. Dès son ouverture, le centre Dream s'est érigé en centre de référence en matière de lutte contre le VIH/SIDA, avec son protocole qui permet une prise en charge précoce des infectés, ses services, offerts gratuitement, et son personnel spécialisé. Le centre reçoit désormais des patients en provenance de toutes les régions du Cameroun. Le centre compte un médecin, une coordinatrice, trois infirmières, une équipe de laboratoire, une pharmacienne, une assistante sociale, un informaticien, un agent d'entretien, et six militants-accompagnateurs.

Du 3 mai 2008 à aujourd'hui, 2.501 personnes, consultants ou patients, ont franchi le seuil de Dream-Dschang. 1.712 fiches cliniques ont été établies. Nous avons effectué 2.501 tests de sérodiagnostic du VIH. 750 sont revenus positifs, 1.745 négatifs et 2 douteux.

Un tel programme d'individuation de l'infection VIH dans les populations est indispensable pour l'avenir de l'Afrique en général, et du Cameroun en particulier. Il a permis en particulier d'obtenir la naissance de 31 enfants séro-négatifs chez des mères découvertes séropositives, et traitées en

conséquence. Dans trois cas où les mères découvertes infectées par le VIH n’avaient pas respecté complètement le programme du centre, l’enfant est malheureusement né séropositif (v. Tab.1).

Nous connaissons l’importance des problèmes de malnutrition infantile en Afrique, en particulier en ce qui concerne les enfants VIH séropositifs.

Le tableau 2 indique le taux de malnutrition constatée chez les enfants que nous avons suivis, estimée selon les indices WAZ (poids-pour-âge) et HAZ (taille-pour-âge) (v. Tab.2).

Nous constatons chez les enfants que nous avons examinés que les enfants nés de mères ayant suivi le programme du centre Dream présentent moins de signes de malnutrition que ceux nés de mères n’ayant pas suivi le programme.

Dream à ce jour a recruté 58 enfants séropositifs au stade symptomatique et qui sont sous ARV (traitement antirétroviral) avec une bonne évolution clinique, mais l’indice de malnutrition est assez élevé.

Les femmes enceintes dans le protocole Dream

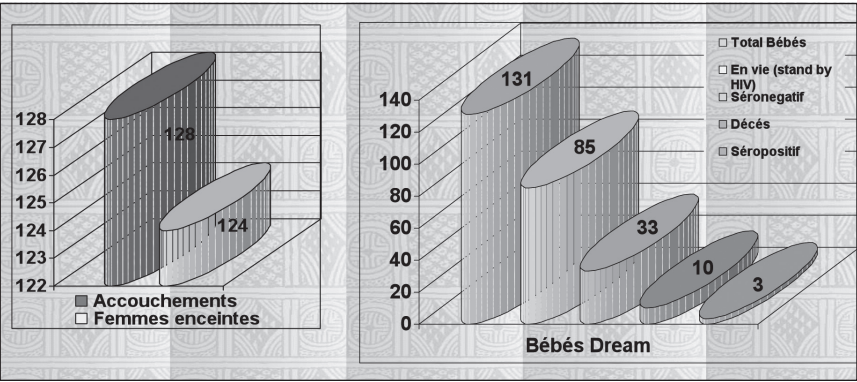
Au 30 avril 2011 nous suivions 40 grossesses, selon le Protocole du centre Dream, unique dans son genre au Cameroun. Ce protocole vise à ce que les enfants de mères infectées par le VIH naissent séronégatifs, rendant possible l’objectif d’une Afrique sans VIH (v. Tab.3).

La femme au foyer a, au Cameroun, son avenir lié à la maternité.

Dans cette perspective, il faudrait qu’une femme séropositive, qui accouche et allaite son enfant, ne soit plus stigmatisée ni marginalisée, et que le jugement de condamnation qui accompagnait ces femmes soit banni de la société. Avec le programme Dream, il devient possible de sauver la vie de ces jeunes femmes et de leur permettre d’accoucher et d’élever des enfants indemnes de toute infection à VIH.

L’accouchement effectué, l’enfant est suivi pendant 18 mois. Si l’enfant est resté séronégatif il sort du Programme Dream, et une fête

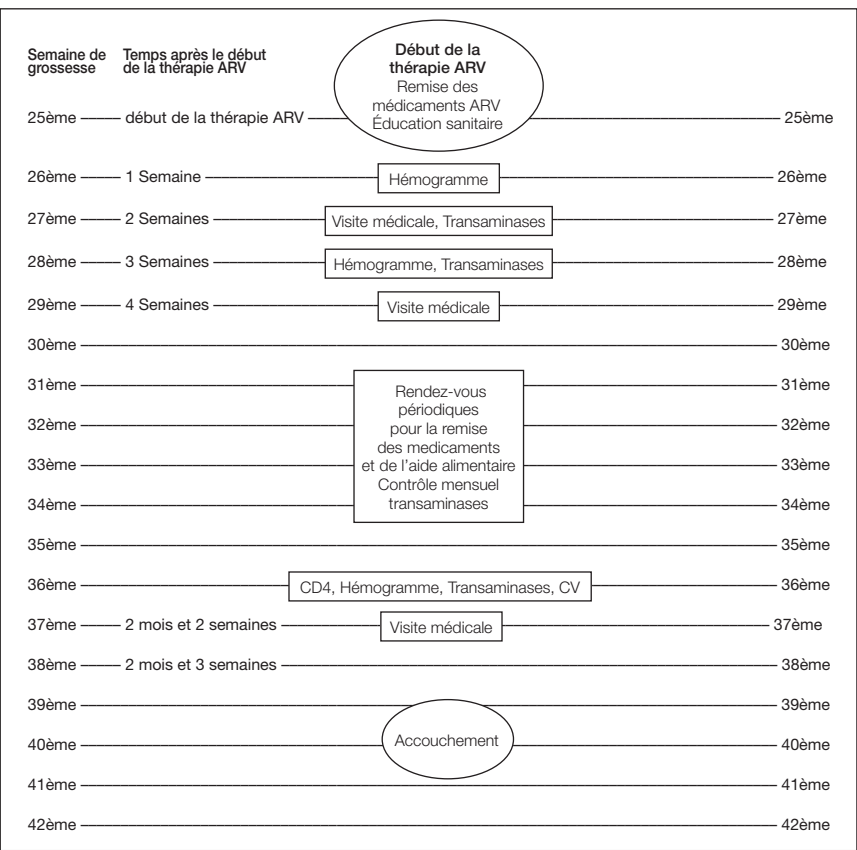
Tab.1



Tab.2 – Situation de malnutrition

Enfants nés dans le programme DREAM	
-3<WAZ<-2 (modéré)	03
WAZ<-3 (sévère)	0
-3<HAZ<-2 (modéré)	17
HAZ<-3 (sévère)	0
Enfants nés hors du programme DREAM	
-3<WAZ<-2 (modéré)	11
WAZ<-3 (sévère)	1
-3<HAZ<-2 (modéré)	15
HAZ<-3 (sévère)	13

Tab.3 - Traitement des femmes VIH+ pendant la grossesse



saluera son départ, avec la remise de petits cadeaux, par exemple un petit parapluie, symbole de la protection dont les parents seront désormais responsables vis à vis de leur enfant, et un petit sac à dos.

Les malades sous antirétroviraux (ARV) et les maladies opportunes

Le nombre de malades sous antirétroviraux (ARV) traités au Centre s'élève à 640 dont 584 adultes et 56 enfants. 562 de ces malades sont en première ligne de traitement, 22 en seconde ligne. L'État fournit les médicaments.

Dans notre programme, nous traitons aussi les maladies opportunes les plus fréquentes (v. Tab.4).

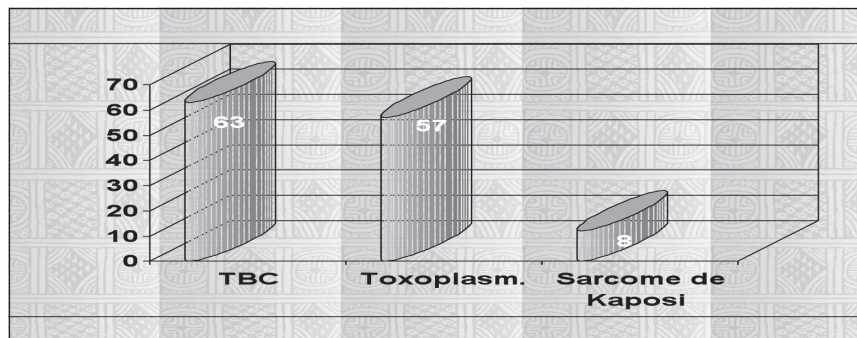
Le Centre Dream acquiert à ses frais les médicaments destinés à la lutte contre les maladies opportunes.

L'adhésion au programme a été de:

2008	97,64%
2009	99,63%
2010	99,77%
2011	99,66%

Nous oeuvrons pour que le taux d'adhésion des patients au traitement rejoigne cent pour cent. Pour ce faire, le personnel du centre comprend une équipe de militants qui accompagnent, encouragent et stimulent les patients. Ce sont des personnes séropositives. Elles animent des réunions dans le Centre, y témoignent de leur expérience, rendent visite aux malades à domicile. Leur enthousiasme, nourri du sens de la dignité retrouvée, et leur

Tab.4 – Nombre de patients traités au Centre Dream pour maladie opportune: Tuberculose (TBC), Toxoplasmose, syndrome de Kaposi



joie de pouvoir aider à leur tour des personnes infectées du VIH constituent un témoignage important pour les personnes atteintes du VIH/SIDA.

L'aide alimentaire est un soutien précieux pour les malades affaiblis ou malnutris. Le Centre donne un paquet de nourriture, tous produits du pays (maïs, riz, huile, lait, sardines, haricots secs et sucre). Tous les enfants suivis dans le Programme bénéficient de cette aide alimentaire.

Nous nous heurtons à des obstacles dans cette lutte contre le VIH/SIDA parce que les traditions et croyances sont encore très fortes au Cameroun, particulièrement dans l'ouest du pays, et qu'elles peuvent avoir de lourdes conséquences à l'encontre de cette lutte.

Dans les populations géographiquement et socialement plus reculées, le SIDA est perçu comme une malédiction. Cette méconnaissance de la vérité fait que les patients ne font pas de démarche de prise en charge. Elle facilite de plus la propagation du virus, en ne

faisant pas prendre en compte son mode réel de transmission.

Par ailleurs, face au développement de la maladie, beaucoup vont consulter en premier lieu le marabout local et ont donc recours à la médecine traditionnelle, inactive sur le VIH. Ce n'est qu'après avoir constaté l'absence d'amélioration qu'ils se rendent à un centre hospitalier ou de dépistage, mais ils sont en général déjà très affaiblis, à un stade avancé de la maladie. De plus, il peut y avoir conflit ou potentialisation entre la thérapie antirétrovirale qu'il faut commencer et les produits de la médecine traditionnelle que le malade absorbe.

L'impact du programme du Centre Dream sur la vie et le futur des patients pris en charge et suivis est un fait réel. Grâce à ce programme, les sujets VIH séropositifs recouvrent une bonne santé et recommencent à faire des projets pour le futur. En brisant la discrimination et la stigmatisation, le programme du Centre Dream au Cameroun a redonné sa dignité au malade.

Impact and Response of the Catholic Church in Times of AIDS in Vietnam

REV. JOHN PHUONG DINH TOAI, M.I.

Committee of Pastoral Care for PLWHA, Archdiocese of Saigon, Ho Chi Minh, Vietnam

Background

According to UNAIDS Vietnam's HIV epidemic is still in a concentrated phase, with the highest sero-prevalence among key populations at higher risk. These include injecting drug users (IDUs), female sex workers (FSWs) and men who have sex with men (MSM). Prevalence in the general population is estimated at 0.53%. According to the 2005 Estimation and Projection Report, there were an estimated 293,000 people living with HIV in 2007.

Cumulative reported data as of 31 August 2007 were 132,628 cases of HIV and 26,828 cases of AIDS. There have been a total of 15,007 deaths due to AIDS in Vietnam. HIV exists in all 64 provinces/cities, in 96% of the 659 districts and in more than 66% of the 10,732 wards/communes. Of all reported HIV cases, 78.9% are in the age group 20–39, with males accounting for 85.2% of total reported HIV cases. People living with HIV are getting younger and heterosexual transmission is becoming more significant.¹

Admitting the rise of people with HIV/AIDS in the country, the Vietnamese Government has tried its best to reduce the infection rate in recent years. At the end of 2003, many drug rehabilitation centers were built to re-educate and rehabilitate drug users and sex workers. Many thousands of young men and women have been put voluntarily or by force to rehabilitation in these centers from 2 to 5 years. Yet, the statistics have shown that

60-80% among them have been infected with HIV. Therefore, Ho Chi Minh city has opened a special center to accommodate HIV infected drug users called Trong Diem center – now this place is a hospital.

The Beginning of the Church's involvement in HIV/AIDS prevention and care

On February 2004, Cardinal John Baptist Pham Minh Man, Archbishop of Ho Chi Minh Archdiocese, received a letter from the Department of Labor – Social Welfare and Disabilities, asking the Ho Chi Minh Archdiocese to reach out to people dying with AIDS at Trong Diem center, a center built by the government for drug users who are infected with HIV far from the city. In responding to this letter, the Cardinal organized several meetings with different religious congregations and sent his delegates to visit the AIDS center. They found out that patients were not able to receive appropriate care and treatment. Their families rejected them, and no people dared come to the center to care for them.

On March 30th, 2004, The Pastoral Care for People Living with HIV/AIDS' Committee of the diocese was formed, with the Cardinal as its head, to organize, recruit and give training to religious and lay people who volunteered themselves to go to give care for 300 people dying with AIDS in Trong Diem center, Binh Phuoc province. On May 2004, the first volunteer religious community was established inside the rehabilitation center composed of 15 religious coming from 9 different religious congregations – St. Paul sisters, Daughter of Charity sisters, Camillians, Franciscans, Lovers of the Holy Cross, Missionaries of Charity of Christ... they are different in charism, but

staying together as one community to serve dying people with AIDS inside the center. The new community chose the name Mary of Pentecost (Mai Linh community) to express the character and mission of the community where each member has a role in providing comprehensive care for people with AIDS. They are doctors, nurses, nutritionists, technicians, craftsmen, chefs, priest counselors, social worker and gardeners, with one spirit, to serve Christ in people with AIDS and to bring Christ's merciful love to them. A community of religious exists in the midst of a center run by the government, and has become the first center of the government of Vietnam in history since the end of the war officially allowing a priest to come to say Mass for the sick weekly. And on one occasion, the Cardinal Archbishop also came to visit and gave the sacrament of baptism and confirmation to patients, whom after receiving care from the religious expressed their desire to become God's children.

Eventually, on September 2007 the center was converted into a hospital for AIDS patients called the Nhan AI hospital; patients were treated with dignity and love, they were able to access antiretrovirals treatment and many of them were able to return home after recovering from illness. So far 17 congregations with a total of 120 religious and lay people have joined the Mary of Pentecost community to serve people with AIDS.

New ministry in the Church

In Ho Chi Minh city, a comprehensive care program for people living with HIV/AIDS has been scaled up with the help of Caritas partners. A campaign to raise awareness about HIV and the need to care for people living with HIV/AIDS has been made throughout

the diocese. People from different sectors: religious, priests, lay people and Catholic health care workers were invited to learn about HIV and provide care for HIV people in the community.

Mai Khoi clinic – networking and joining efforts together

Many volunteer groups and shelters have been found to meet the needs of people living with HIV/AIDS, especially those who are homeless and rejected. In December 2004 a free clinic called the Mai Khoi clinic was opened by volunteer doctors, nurses, Dominicans and Camillians in order to provide free care and treatment for poor AIDS patients in the city. Today, the clinic has provided free treatment and care for more than 2000 people with HIV/AIDS.

Mai Tam home-caring for mothers and children who are the most vulnerable

In July 2005 a shelter was opened to provide care and treatment for orphaned children and women living with HIV/AIDS. The place has become a home

for more than 400 children in the past six years, where beside treatment and education, the children receive love and healing, and are able to reunited with the relatives and families

Nazareth hospice care for the person until the end

Created in August 2007, Nazareth hospice aims to provide palliative care for dying AIDS people who are homeless. The hospice has become the last place of more than 300 AIDS patients who have been abandoned by their families. Yet, from this hospice many patients have been able to reconcile with their families, with themselves and with God.

Lessons learned

We have learned that it is not just technical expertise or funding that can measure the success of an HIV program. Through our experience, we found out that it was lack of love, and irresponsible love, that led most of people to HIV/AIDS. Therefore, it is love like Jesus that enables the Church to respond ef-

fectively. It has to be the love that 'casts out all fear.' It is love for the person who is suffering with HIV/AIDS that motivates the Church to respond and sustain the response in an adequate manner. Yet through this love, experience also challenges each of us as caregivers in the Church when persons living with HIV/AIDS have been treated and recovered: how can they love again, and receive love in a responsible manner? Many times we face the situation of a HIV person who is deeply in love and wants to marry a non-HIV person. We are challenged as the Church in response to their divinely created nature and needs. We are one when we accept the challenge to be broken, broken for others, in the words of St. Augustine: "you are the people of God, become what you have received, you have received body and blood of Christ. You are the body and blood of Christ. Become what you receive, become what you celebrate".

Note

¹ http://www.unaids.org.vn/sitee/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=4&Itemid=26

My Medical Experience in the Fight Against HIV/AIDS

PROF. JOSEPH R. MASCI, M.D.

Director of the Department of Medicine, Elmhurst Hospital Center, New York. Professor of Medicine and of Preventive Medicine, Mount Sinai School of Medicine. U.S.A.

My name is Dr. Joseph Masci. I am the Director of the Department of Medicine at Elmhurst Hospital Center in New York City and a Professor of Medicine and of Preventive Medicine at the Mount Sinai School of Medicine. I will give you a brief overview of my own experience in HIV/AIDS and my impression of how systems of care have developed in my country and in other countries in which I have worked.

Some important personal events include: I cared for one of

the first AIDS patients in 1980. I founded the HIV/AIDS program at our hospital in 1985 and have overseen its expansion since then. I have conducted clinical trials in various aspects of care and have served on clinical care guidelines and quality care committees for the State of New York. In recent years, I have initiated and facilitated partnerships with HIV/AIDS facilities in Russia and in Ethiopia.

Let me first describe our hospital to you. We are one of 11

acute care municipal hospitals in New York City and currently the busiest of these hospitals. We are located in the most ethnically and culturally diverse area of the United States. Over 80% of our patients are uninsured or underinsured. Elmhurst Hospital Center is the public teaching hospital of the Mount Sinai School of Medicine and is a New York State Designated AIDS Center.

Our hospital's HIV/AIDS program has a multidisciplinary staff of physicians, nurses, social workers, counselors, a pharmacist and support staff and we care for approximately 1,300 HIV-infected adults and 60 children. We coordinate all of their primary and specialty care. We also have dedicated providers in psychiatry, endocrinology and ophthalmology. Each patient is assigned to an HIV specialist physician as well as a nurse and a social worker. Much of the funding for our outpatient program, which occupies an entire wing of the hospital, comes from federal, state and city grants. We also take responsibility for counseling and testing, post-exposure prophylaxis and prevention of maternal-to-child transmission. For patients who cannot afford medications, including antiretroviral drugs, these are provided through government funding.

The ethnic distribution of patients in our program is: 62% Hispanic, 21% African-American, 10% Caucasian and 7% Asian. 72% of our patients are male and 28% female. The age distribution of patients in our program has changed over the years due to effective antiretroviral therapy and the increased life expectancy that it has brought. The majority of our patients are over the age of 40 and over 100 of our patients are over the age of 60.

The structure of our program, although we have developed what we believe to be many innovations over the years, is similar in many ways to other large hospital-based programs in the United States in that we provide comprehensive, multidisciplinary care and have seen a high level of suc-

cess in the era of modern therapy. The aging of our patient population has brought, of course, new challenges as diseases such as coronary artery disease, diabetes and dyslipidemias, among others, have become more common.

Let me briefly describe our two international efforts. Both are funded by the U.S. government through the American International Health Alliance. They both use the "twinning model" in which our hospital's HIV/AIDS team is partnered with a specific institution and, through one or two-week exchange visits, we offer technical assistance on the management of HIV/AIDS and on the infrastructural requirements to deliver care. Exchanges would occur in each direction typically with a group from our hospital visiting the partner facility for brief stays and staff from Russia and from Ethiopia visiting our hospital. Exchanges in each direction would occur several times each year.

Our first partnership began in 2004 and was with the AIDS center in Orenburg in central Russia. That region has experienced a rapid increase in the number of individuals infected with HIV, largely because of injection drug use. We found that a number of institutions in addition to the AIDS center were providing care to this at-risk population. These included the narcology center, the TB hospitals, the general hospital and the STD hospital. At first these facilities had little communication or collaboration with each other. We sought to establish cross-linkages. For example we were able to get a TB expert assigned to the AIDS Center and an HIV specialist assigned to the TB hospital. Access to ART was initially quite limited but increased steadily during the five years of our partnership and viral load testing was unavailable. Through exchanges to our hospital staff and to Orenburg AIDS center were able to observe systems of care which we had developed. Our staff, both in Orenburg and in New York, provided intensive training in ART and in all other aspects of HIV/AIDS

care. We monitored a cohort of patients in treatment and help to develop a curriculum in HIV for the Orenburg Medical Academy and for local infectionists. We also demonstrated the value of interdisciplinary team approaches by demonstrating how doctors, nurses and other staff could work more effectively as equals in the care of the patients. We found a high degree of professionalism among the staff and, after overcoming some organizational barriers, found a desire to develop greater communication among the various facilities.

Our partnership in Ethiopia has been with the hospital in Debre Berhan, a city approximately 40 miles north of the capital Addis Abbaba. The situation there is quite different from what we found in Russia. There is tremendous poverty and a dire shortage of doctors. The partnership began in 2007 with our site assessment and a series of 13 exchanges of staff has occurred since that time. Each exchange has focused on a specific set of goals. We found that infrastructural needs extended to infection control and performance improvement issues and we provided not only intensive training in HIV and related medical care but also in hospital management. Most recently, we have begun to explore the implementation of a curriculum at the newly established medical school in Debre Berhan. Again we have found a high degree of professionalism and eagerness to learn.

Both of these projects have been very meaningful to our staff. We have learned a great deal from our partners in Russia and in Ethiopia. Despite the substantial differences in the environments and the availability of staff, we found great commonality in the struggle against HIV/AIDS.

I would close by pointing out that our international experiences have taught me that HIV/AIDS must be confronted in many different types of "micro-environments" and that strategies and solutions that apply in one setting may not apply in others.

The Healthier Humanity Foundation

PROF. BRUNO SCARPELLINI

*Epidemiologist and Researcher,
Federal University of San Paolo,
(UNIFESP).*

*MD and Epidemiologist,
Fleury Medicina e Saúde Lab
San Paulo, Brazil*

The Hope for a Healthier Humanity (HHH) Foundation is a faith based foundation located at San Paolo (Brazil) and Panama. The foundation provides dental care, nutrition and exercise support to HIV-infected and non HIV-infected infants. In order to expand its work, HHH did a partnership with the Federal University of San Paolo (UNIFESP) – Retrovirology Lab, Fleury Lab and Cruz de Malta Foundation at Jabaquara Slum. Through its partnership, we are able to develop either a research based work or humanitarian work.

At UNIFESP Retrovirology Lab we developed a research work to find HIV-1 primary resistance prevalence using dried blood spots testing methodology (DBS). This work was developed in all 5 Brazilian regions: North, Northeast, South, Southeast, Central regions. Our targeted research population was HIV-1 chronic infected patients with antiretroviral (ARV) therapy indication. These patients were tested prior to ARV initiation. We analyzed 251 samples, with a mean CD4+ count of 206.5

cells/ μ L and a mean viral load of 5.1 $\log_{10}$ copies/ml. We found a variable prevalence of TDR from intermediate (5-15%, overall prevalence was 12,5%) to high prevalence according to different geographic regions among individuals in which HIV had progressed. The resistance profile was: 7,6% (NRTI), 4,4% (NNRTI) and 4,0% (PI). Moreover, 3,6% of our samples showed resistance to 2 ARVs classes. Regarding HIV-1 subtype, 76,9% had B subtype infection, 11,1% had C infection and 6,4% had F subtype. This implies that primary resistance testing might be cost-effective before initiating ARV in Brazil even if samples are collected a time apart from the HIV transmission event, and especially when almost 1/3 of the patients harbor multi-class resistant HIV-1. The increased prevalence of NNRTIs mutation and a single patient with M184V contrasts with some previous published Brazilian studies. Interestingly, we were also able to show that DBS technology was efficacious and might be cost-effective in resource limited settings and when samples need to be collected in different country regions and processed in a central lab. We conclude through its studies that co-circulation of multiple HIV-1 subtypes and high prevalence of recombinant strains deserve continuous monitoring. As such, we are planning to develop the first HIV-1 test and treat research in Brazil by providing universal testing using DBS technology.

Such HIV-1 testing kits will be available over-the-counter (OTC) in groceries, pharmacies, gyms etc. Patients will test and mail it back to the lab. We will provide a post-testing counseling. We hypothesize that by testing and treating in advance all HIV-1 infected patients, we will decrease HIV-1 prevalence and incidence, as well as HIV-1 transmission among Brazilians.

Regarding our humanitarian work, it has been developed at Jabaquara Slum, San Paolo through a partnership in between Fleury Lab and Cruz de Malta Foundation. Our targeted group is adolescents in reproductive age (females). Our main goal is to prevent early pregnancy and our secondary goal is to prevent STIs and HIV. We hypothesize that we will prevent 90% of early pregnancies and 100% of HIV and STI. Our actions are based on a behavioral change model. Our main action is to convince peers to become role models for other adolescents in the group. Through such a program, we aim to develop leadership and health educational skills among adolescents, to provide STIs and pregnancy prevention health education. Regarding the latter, we intend to provide health education on both different pregnancy phases and post-pregnancy phase. In parallel, we will develop social skills, exercise and dancing skills, management skills, and working skills to prepare these adolescents for the labor market and society.

The Centrality of the Person in the Prevention and Treatment of HIV Disease: Exploring New Frontiers

DR. EDMUND P. ADAMUS

*Director of Pastoral Affairs
Archdiocese of Westminster,
England.*

Introduction

The remit of the Department of Pastoral Affairs is to support and resource marriage and family life, care of the vulnerable and marginalized and the dignity of the person in medical and bioethics. Since May 2010 we have been exploring the possibility of establishing a diocesan *Caritas* agency to enhance and expand our resources. In the field of HIV/AIDS a religious of the Daughters of Charity was employed part-time for outreach work until 2008. This was followed by a period of review. One of the main conclusions was to establish a team of priests willing to be available for anyone affected by HIV/AIDS seeking spiritual/pastoral support, or the sacraments from someone other than their local priest. Ten priests were approached including two hospital chaplains, an ethnic chaplain from Africa and a qualified psychotherapist; the latter to assist with enquirers needing specialist counseling. In due course the team gathered for sessions of in-service from a Catholic professional public health official with expertise in theology and psychology as well as a day of recollection.

Vision

Due to the disproportionate and negative media attention on the issues of HIV/AIDS prevention and the Catholic Church in

2009 and 2010, we decided to delay launching the service, partly to avoid the risk of unhelpful media attention in the build up to the Papal visit but also to await for more guidance for the whole Church from the Holy See. It was suggested at the press conference for the book *"Light of the World,"* that 'many things must be rethought and expressed in new terms.'¹ But what are those terms?

A key component of all our work has been the promotion of authentic human sexuality in the light of Blessed John Paul II's catechesis, a theology of the body. In our support of marriage preparation and enrichment with a keen focus on natural fertility awareness, couples have shared their dismay, indeed a sense of deep indignity at the implication that it is impossible, unhealthy or a suppression of masculinity and femininity to abstain from sexual intercourse. They tell us that the commonplace notion of compulsion in respect of sexual intercourse irrespective of one's physical health is deeply insulting, for true love cannot be encompassed within the concept of compulsion.

Purpose

So what of the approach in supporting those with HIV? Theology of the body, in that it concerns the human body, informs those with physical and psychological ailments and their carers. One of the problems with being a patient is a threat to losing one's subjectivity. A tension exists between remaining a "subject of one's illness" and becoming an "object of treatment."² Healthcare encompasses spiritual well being, and is a mutual complementarity of

personhood between healer and patient, based upon the reality that we are created in the image and likeness of a relational, triune God. This sense of personhood is characterised by relationships of love, acceptance, and above all of complete self-donation.

The Team is acutely aware of being sensitive to the disposition of the person with HIV who wants pastoral support, for as the recipient of this care, he or she is actually being a *gift* for the pastor, whereby their vulnerability is an occasion for service. Such reciprocity may shed light on how the social stigma associated with HIV can be transfigured in to a concrete sharing in the suffering of the Saviour. The spiritual guide is a gift of self to the one with HIV by viewing with them the pain of stigma through the prism of Christ's shame and humiliation. Hopefully this process might erode the need for anonymity paving the way for the one with HIV to be cherished by the worshipping community. This anthropological reality is confirmation of the communion of persons. Furthermore if the sickness of HIV afflicts the life of the primary agents of evangelization, i.e. spouses; then it is the sero-discordant couple to whom we must be *especially* attentive. This is *Ecclesia de Trinitate*, that is to say, reflecting the face of Christ in her own and 'giving her life concretely in the martyrdom of charity.'³

Salvifici Doloris, no. 29, talks about suffering being present "in order to unleash love in the human person." The priest, who encounters the emotional, psychological and spiritual suffering of those with HIV, is called to show the biblical compassion of the Good Samaritan. (In Hebrew, *rahamin*)⁴. This love is likened

to that of maternal care of the womb. When we ponder on the physiological role of the mother towards her unborn child to nourish but also prevent toxins from harming the child; then the parable brings in to very sharp focus the fiduciary duty of the pastor to garnish his care with pastoral teaching of unequivocal integrity in the realm of sexual ethics. As Pope Paul VI eloquently put it in *Humanae Vitae* n29: "It is an outstanding manifestation of charity towards souls to omit nothing from the saving doctrine of Christ."

This concerns our consistency in exercising the spiritual works of mercy as well as the corporal ones.⁵ For the marriage afflicted with HIV, it means assisting spouses, with prudential patience, to illumine the conscience to embrace sexual abstinence as a unique expression of the wisdom of Colossians chapter 1:24 "I fill up in my flesh what is lacking to [not in] the sufferings of Christ for the sake of His Body, which is the Church."⁶

It is spiritual direction inviting one to say: 'I have been crucified with Christ. It is no longer I who live, but Christ who lives in me' Gal. 2:19. And in the context of the serodiscordant couple such martyrdom of love is infused with a sacrificial power to 'release formidable energies.' (*Familiaris Consortio* n 43)⁷.

All spouses have a unique mission to reverence the imago Dei inscribed into their marital witness. Perhaps, above all others God calls the serodiscordant couple to remind the entire Church of the need for complete self-donation.⁸ Paragraph 15 of the encyclical *Humanae Vitae* states: the Church does not consider [...] illicit the use of those therapeutic means necessary to cure bodily diseases, even if a foreseeable impediment to procreation should result [...] provided such impediment is not directly intended."

It is suggested that the serodiscordant couple who use a condom may intend first and foremost to prevent or minimize the risk of infection *not* to contracept. However the encyclical speaks of means that will affect a "cure." A

condom can hardly be described as having curative powers nor can it have parity with the medicinal effects of anti-retroviral drugs. A more truthful pastoral response is to support the serodiscordant couple in sexual continence for the *real* preservation of their *entire* health. *Gaudium et Spes* n51 insists that marital intercourse must "preserve the full sense of mutual self-giving and human procreation" and that subjective intentions cannot make right what is objectively wrong in this area.⁹ According to Bishop Anthony Fisher: "...this is not to impugn the faith of the spouses or deny their desire to be united, fruitful and graced. But by rendering sexual acts non-marital, the use of condoms renders *them* ineffective for signifying those things. Just as a person who puts a consecrated host in a pyx does not receive Holy Communion – even if he does this reverently – so a couple who use a condom exclude the giving and receiving required for fides, proles and sacramentum."¹⁰ (i.e. unity, family and God)

The integrity of the union is not diminished by a life without sexual intercourse. So long as the union was consummated at some earlier point even if in an extreme case it was only once: It still constitutes the domestic church.^{11,12}

However as Matthew Hanley eloquently puts it; 'the seemingly "common sense" presupposition that condoms will decrease infection rates does not easily give way to the common sense *observation* that promoting devices capable of reducing risk encourages people to take more risks.'¹³ It is an opinion shared by Bishop Anthony Fisher who also states: "Providing information on how to make a behavior safer, naturally communicates implicit approval or tolerance of the behavior itself, especially in a culture which tolerates such behavior."¹⁴

In the formation process for the clergy team we have reflected upon the wisdom of several moral theologians^{15,16} including Fr. Tadeusz Pacholczyk a leading ethicist in the US who states: "A husband who has AIDS would never want to subject the wife he

loves to a potentially death-dealing act,[.] which is what sexual intercourse could become for them, even while using a condom (which has a failure rate). Would it be a loving act to subject her to the risk of a possibly fatal encounter, even for something as beautiful as conjugal intimacy in marriage? .. Learning to love each other in different and non-genital ways is, an integral component of every successful and enduring marriage, and an HIV infection merely brings greater urgency and immediacy to the task."¹⁷

Our project will try to convey to skeptics that the Church actually holds the human person in higher regard, and that what it proposes is humane, possible in God's grace and fulfilling. It is a response to the ardent plea of Pope Paul VI to "create an atmosphere favorable to the growth of chastity so that true liberty may prevail over license and the norms of the moral law may be fully safeguarded." (*HV*, 22)¹⁸

I would like to conclude by recalling that the holy dignity of offering our suffering to God especially through joy-filled chastity is much more than any technical and clinical decision.¹⁹ To seek pastoral solutions within the moral law to support authentic human sexuality especially in marriage is more vital now than it ever was. Many might be critical of the Church on this, accusing it of unnecessarily picking its way through such pedestrian problems, nevertheless such efforts deserve our reverence and love.²⁰ The Lord Jesus comes to us in his Church, and each pedestrian action of Christ as he walked this earth was not as significant perhaps as his sermon on the mount, his countless miracles or his sacrifice on Calvary. And yet when he picked his way through the crowded, twisting streets of Jerusalem on any ordinary day, he rendered it extraordinary and his footsteps left the ground holy where he walked. So too, I pray his healing love is reflected in these humble yet significant aspirations, deliberations and actions to uphold the absolute dignity of persons infected as well as affected by HIV/AIDS.²¹

Notes

¹ Journalist Luigi Accatoli, as reported by the Vatican Information Service Nov 23 2010.

² GEORGE WEIGEL, *Witness to Hope: The Biography of Pope John Paul II* (New York, NY: HarperCollins, 2005), p. 415.

³ CARDINAL ANGELO SCOLA: *Introduction p11 Catholic Truth Society 40th anniversary edition of Gaudium et Spes* 2004

⁴ *Address of Cardinal Robert Sarah, Cor Unum Spiritual Exercises, Poland 2010*

⁵ One is reminded of the comments by Cardinal Christian Wiyghan Tumi, Archbishop of Douala, Cameroon, at the International Eucharistic Congress in Quebec City on June 2nd 2008: "The Eucharistic person is a dangerous person, burning with the fire of the spirit and whose only purpose is to extend that fire and to become fire for others. This person is a person of daring, a person of confrontation, a person of radicalism, gospel radicalism, and of the absolute. The person of the Eucharist is a person who never compromises - who only opts for God, opts for humans. Such a person is not welcomed by those who do not want to hear his message, but nevertheless has a Christian obligation of charity to live and speak the truth. The person of the Eucharist who loves, disturbs everybody, shakes everybody and might even give them a bad conscience or the feeling of a bad conscience. Our vocation as witnesses to the gospel is to give others a bad conscience so that the other person knows how to distinguish bad from good, evil from good and when a person does evil their conscience accuses them." Cardinal Tumi received a standing ovation.

⁶ This does not mean that Christ's passion was insufficient - the Greek word *hysterema* 'what is lacking' stands in opposition to 'what is superabundant' *periseuma* - Just as God's being superabounds in letting us be finite alongside the Infinite, and God's omnipotence does not obliterate but rather creates our freedom, so also the plenitude of Christ's redemptive sufferings do not suppress the need for our sufferings but give them a *new value*.

⁷ Rick and Barbara Wise, a non-Catholic serdiscordant couple founded www.wise-choices.org, a ministry dedicated to encouraging young people to save sex until marriage. Barbara has HIV and they have refrained from intercourse for over 17 years. They kept silent for 9 years but now *Wise-Choices* has spoken to over 80,000 people in 22 US states and 3 foreign countries. Their video has been translated into Spanish, Russian and Hungarian.

⁸ A study of 520,000 couples (where over 730,000 spouses were hospitalized at least once over a nine year period of observation) concluded that the hospitalization of a spouse is associated with an increased risk of ill-health and even death of the care-giving spouse. Is this not a manifestation that *they are indeed no longer two but one flesh in the spirit?* Is this not the primordial *communio personarum*? Cf. Nicholas A. Christakis and Paul D. Allison. *Mortality after hospitalization of a spouse*. New England Journal of Medicine 2006; 354:719-30.

⁹ This is why Wojtyla/John Paul used 'bracketing' as a means to suspend judgement and look at, and only at, a specific thing - "the act - in relation to" - as a way of looking at phenomena and experience without deforming the interpretation because *all the relations have been declared and acknowledged*. i.e. The ecclesial/trinitarian nature of the marital act open to life. And in Veritatis Splendor, n103 & n105:

"It would be a very serious error to conclude that the Church's teaching is essentially only an 'ideal' which must then be adapted, proportioned, graduated to the so-called concrete possibilities of man, according to a balancing of the goods in question. [...] such a policy corrupts the morality of society as a whole, since it encourages doubt about the objectivity of the moral law in general and a rejection of the absoluteness of moral prohibitions regarding specific acts, and it ends up confusing all judgements about values."

¹⁰ ANTHONY FISHER, 'HIV and Condoms Within Marriage', *Communio: International Catholic Review*, Summer, 2009

¹¹ In territories where Catholics have no access to the sacraments does that make them less Catholic because they have no clergy to minister to them? We wouldn't send them unconsecrated altar breads to eat so that they can mimic the experience of Holy Communion, so why would we encourage serodiscordant couples to condomise their sexual lovemaking under the pretense of sacramental matrimonial grace. Just like the altar bread cannot be the Real Presence of Christ without the words of institution, neither can condomised intercourse effect grace or signify nuptial blessing without the important distinguishing mark - which sets the conjugal act apart from all other forms of physical expression of tenderness- of the deposition of semen which renders it the expression of full self giving. *The persecuted Church deprived of sacraments is still the Church. The serodiscordant faithfully married couple who abstain is still the domestic church. If there is such a thing as baptism by desire, can it not be deemed possible for spouses to attain a kind of one flesh union in the spirit by desire? After all, if as Christ says it is possible for a man to look upon a woman lustfully and commit adultery with her in his heart (including a husband towards his wife according to theology of the body) then it must be equally possible by virtue of the interior gaze for spouses to look upon one another in such purity of heart and love [without sexual intercourse] that they achieve the same levels of intimacy possible in and as a consequence of the sexual act. *Decretum Circa Impotentiam quae Matrimonium Dirimit. CDF May 13th 1977

¹² Cf. "...since the bond which comes into being by the will of the spouses constitutes the juridical reality of the biblical 'one flesh'" (*Gn* 2: 24; *Mk* 10:8; *Eph* 5:31; cf. *Can.* 1061 §1), and its continuing validity does not depend on the subsequent conduct of the couple during their married life." Benedict XVI, Address to the Tribunal of the Roman Rota, 2009.

¹³ Dec. 9, 2010 (Zenit.org) M.Hanley: "Affirming Love, Avoiding AIDS: What Africa Can Teach the West."

¹⁴ ANTHONY FISHER, 'HIV and Condoms Within Marriage', *Communio: International Catholic Review*, Summer, 2009, p.7

¹⁵ "...one can ask oneself if it is truly an act of love for an HIV + [person] to have relations with a healthy person. Like a sufferer from tuberculosis, from pulmonary plague or cholera, an HIV+ [person] knows that he can infect his partner. So if one *really* loves someone, one is going to avoid [...] running the risk of death. And it is well known that condoms are not [totally] reliable.... In morality the principle of the lesser evil is very simple. It consists of saying that when one is confronted by two *inevitable* evils, one must choose the lesser of these two evils...To have relations with an HIV [infected person] and trying to protect oneself with condoms is not something *inevitable*. There is always the *freedom* to have or not have this type of

relations." Interview by Arianne Rollier Rome June 2006 (*emphasis mine*)

¹⁶ "The best way to prevent HIV/AIDS is and remains abstinence, reduction of premarital sex, reduction of the number of partners, as has been done in Uganda. For serodiscordant couples who want to have a baby, it all depends on the viremia of the infected partner. If the HIV+ person is treated, if his/her viremia is null, and if he/she does not seek any partner outside of the marriage, the probability of contamination of the HIV- partner is very low, and they could risk sexual relations to have the baby. The question is not that of the condom but of serious treatment and no more sexual activities outside of marriage." Email from Mgr Jacques Suadeau 17 July 2008 to Edmund Adamus Director of Pastoral Affairs, Diocese of Westminster in the wake of a bogus media claim of an official of the Bishops Conference in the Philippines authorising guidance on condom use in HIV prevention.

¹⁷ An opinion shared by the eminent non-Catholic scientist, Dr. James McEvoy, of Yale University Chemistry Department, who concludes that "the Catholic Church's recommendations in Africa, however irritating they might be for many Europeans, are [...] medically correct." Letters; The Spectator magazine p.28.14th May 2007

¹⁸ 'A mutual giving is worlds apart from a mutual taking. What people do not know when they go to the altar is that the best wedding party is a bevy of virtues: humility, detachment, self-control, the habit of giving; not to speak of a bevy of arts and habits, including the habit of laughter. Chastity cannot exist alone. She must have her entourage. From such pleasant company she can retire to her bridal couch and understand the words of the Sarum rite: "with my body I thee worship". If a person is worth dying for, she is worth everything short of it.' Extract from an Advent meditation of the Bishop of Aberdeen, Scotland. 8th December 1956 taken from *The Tablet* archive.

¹⁹ My understanding of scientific opinion is that estimates of condom reliability and effectiveness vary from 75-95% effective in preventing transfer of the virus. Other research sponsored by the manufacturers quotes figures of high effectiveness, using pristine condoms, while one controlled study of 12 couples, in a British nurses' text book, indicates transmission from three infected persons to their uninfected partners. According to the Jesuit Vatican Astronomer Guy Consolmagno, varied scientific data use helps to average out random errors. If this is the case then that would make condom use 85% effective in controlled conditions. That is surely morally problematic for a mature and sensitive spouse in a loving committed relationship.

²⁰ "The assent of the intellect, [...] does not remain without fruit, because it purifies the will and predisposes the reason to a more attentive consideration of the question and permits, in the final analysis, the culling of the motives of perplexity that seemed invincible but in reality were dictated by prejudices." <http://chiesa.espresso.repubblica.it/articolo/1347420?eng=y> 'On Continuity.' Francesco Arzillo.

²¹ "Impotence and Sterility - A Recent Decision of the Holy See. Implications for Medical Practice." Thomas J O'Donnell SJ. *L'Osservatore Romano* (English Edition) 5 January 1978, p. 9. "Now it is more against reason to make use of the venereal act not only with prejudice to the future offspring, but also so as to injure another person besides" St. Thomas Aquinas, *Summa Theologiae* 10 ad. 2

Appendix

To assist the priests in their discernment about joining the team we posed some likely questions and answers for them:

– How long would I be involved in this initiative? *However long or short you wish*

– Would I be expected to see people indefinitely? *No. Anyone needing long-term support would be directed to those agencies/groups which would benefit them*

– What would be the extent of my 'case-load'? *Entirely at your discretion and subject to demand which would be managed by liaison with the dept and other team members*

– Who can I turn to for advice? *The dept will be happy to supply you with relevant literature/guidance on the subject, as well as contact details for professionals.*

– Would I need to report on anything? *No, but the Pastoral Dept welcomes any comments or informal feedback on the initiative at your discretion.*

– Is it possible to support people via email if they prefer? *Yes. The crucial issue is that they FEEL welcomed and genuinely supported by the Church.*

– How will the availability of the priest be made known? *Via the usual diocesan communications so that people can approach any one of the team with anonym-*

ity. Some referrals may come via the dept, though it is not envisaged that there will be many.

– Should individuals be encouraged to seek support from their local clergy and parish community? *Certainly, if they feel it is possible and part of an overall process but they must not feel under pressure to do so.*

– Will the team members be expected to liaise with external agencies working in the field of HIV/Aids? *Any collaboration with external agencies or neighbouring dioceses will be coordinated by the Pastoral dept as and when the need arises so as not to add to the workload of the clergy involved.*

The Implementation of the National Program for the Prevention of HIV infection 2006-2010

DR. SVIATLANA HROMAVA

Vice-Head of the Office of Health Care
Vitebsk Regional Executive Committee,
Belarus

The work aimed at limiting the spread of HIV infection was conducted according to the national prevention HIV infection program for 2006-2010. The realization of events of the program allowed constraining the intensity of growth of the epidemic process of HIV infection in the region (the rate per 100 thousand population was: in 2007 - 5.4, in 2008 - 4.4, in 2009 - 5.2, in 2010 - 6.1). Vitebsk region takes 6th place according to the number of identified HIV-infected persons in the Republic of Belarus.

Total revealed on 01.01.2011, 599 cases of HIV infection for the Vitebsk region (prevalence 41.7 per 100 thousand population, a

Republican measure - 100.4). For 2010 were identified 78 HIV-infected (2009 - 67). In comparison with 2009, there was a reduction in the growth rate of new cases by 3.2% (2010 - 16.4%, 2009 - 19.6%).

Analysis and evaluation of performance in the national monitoring system show the main targets of the National Program on HIV infection in the years 2006-2010.

A system was created to prevent HIV transmission from infected mother to child. Coverage of pregnant women using preventive antiretroviral therapy increased by 35.4% (from 55.6% in 2006, 78.0% in 2008, and 100% in 2009). During 2010 the prevention of HIV transmission was 91% of HIV pregnant women infected with TB (in one case the diagnosis of a woman was diagnosed after the birth) and 90.0% of newborn children (one child was stillborn, in the second case preventive measures were not undertaken because the results' surveys were re-

ceived later than possible dates for the use of antiretroviral drugs).

Children in need of replacement feeding in 100% received free customized dairy blends.

The work has reduced the frequency of HIV transmission from mother to child. In 2008 and 2009, children diagnosed with HIV infection were not present; 2010 confirmed the diagnosis of three children. The clinical protocols for prevention of transmission of HIV infection from mother to child, which were approved by order of the Ministry of Health of the Republic of Belarus on 24.09.2010, were implemented.

Reduction in the proportion of people infected by injecting drug use: 2006 - 20.0% 2010 - 11.5%. According to the cumulative data on 01.01.2011 the share of parenteral transmission accounts for 30.2%.

Coverage of HIV-infected treatment and care increased and approached the goals of universal access to antiretroviral therapy. At

present almost all those in need (except for refusal of treatment – 17 persons) are receiving high-quality antiretroviral therapy – 173 people. Over the entire period 247 people received specific therapy, including 13 children. In 2009 ARV therapy was first assigned to 64 patients, in 2008 71 new patients were taken for treatment. Regimen consists of 3 drugs administered according to protocols.

The work aimed at the maximum coverage of AIDS education on prevention, development of skills of protective behavior, the desire for healthy lifestyles, morality and spirituality to influence the prevalence of HIV infection among young people aged from 15 to 19 years, decreased the proportion of this age group in total from 2.9% in 2007 to 1.3% in 2010.

In general, the epidemiological process of HIV infection in the area is currently characterized by:

- consistent trend of growth of the proportion of infections through sexual contact (2003 – 36.0% 2004 – 56.2% 2005 – 66.6% 2006 – 76.0% 2007 – 76.8% 2008 – 89.3% 2009 – 89.5%). For 2010 – 84.6%. Over the entire period of observation a sexual transmission rate of 67.1%;

- changing age structure. Significantly increased proportion of infections in the age group over 30 years – for the year 2010 the share of this group was 64.1% (2006 – 36.0% 2007 – 49.3% 2008 – 62.5% 2009 – 44.8%), the proportion of young people aged 15-29 years for the entire period of observation was 50.7%. In

2010 this age group was 32.0%, in 2009 – 59.6%;

- involvement in the process of workers and employees. In recent years the proportion of workers among HIV-infected has gradually increased and in 2009 it was 23.9%; for 2010 – 37.2%;

- increasing infection rates of people living in rural areas. Proportion of rural residents amounted to: in 2006 – 18.0%; in 2009 – 28.3%; in 2010 – 19.2%;

- registration of newly diagnosed cases of HIV infection with advanced stages of disease;

- increase in the number of administrative areas involved in the epidemiological process.

In connection with the pressing problems in children's clinics in cities (Vitebsk, Orsha, Polotsk and Novopolotsk), from 2006 to 2009 centers for young people's health were opened.

Experience has shown that this work appears to be very popular.

The purpose of the centers is: promoting healthy lifestyles, the health promotion of adolescents and youth, and providing psychological, spiritual and medical care.

The main directions of our centers: promoting healthy lifestyles, preserving and strengthening reproductive health, prevention of STIs, HIV/AIDS, solving the problems of substance abuse, career guidance, development of volunteer activities, and a strengthening of spirituality.

Center staff conduct interviews, lectures, panel discussions, and group training sessions. For spir-

itual and moral education the servants of the Polotsk Orthodox diocese are involved.

On the basis of the centre there are created several groups of volunteers, whose training is conducted on the principle of "peer – peer", together with volunteers who organize the event in the form of sharing, interactive games, evening questions and answers, interviews to promote a healthy lifestyle, prevention of substance use, and involvement of the Mass Media the city and region.

On November 27, 2007 representatives from major Christian denominations in Belarus signed a "Declaration on Social Partnership in HIV/AIDS".

The Vitebsk Diocese of the Roman Catholic Church in the Republic of Belarus has provided for a few years the initiation "Spirituality and the science of HIV/AIDS." The action includes the participation of researchers from Vitebsk universities together with the priests of the diocese of Vitebsk in lectures in student and school classrooms, and Catholic parishes throughout the Vitebsk region; speech scientists and doctors of the center of HIV/AIDS in the Vitebsk region together with the priests of the diocese of Vitebsk on the regional radio and television edition of "Spirituality and Science against HIV / AIDS."

Also the International Medical Conference "Problems of Medical Ethics in the Modern World" is held, one of the topics of which is "Science and Spirituality Against HIV/AIDS".

The Papua New Guinea Catholic HIV/AIDS Service

SR. TARCISIA HUNHOFF

*Missionary Servants
of the Holy Spirit,
Coordinator of the National
Catholic Office
on AIDS of the Bishops'
Conference,
Papua New Guinea*

The National Catholic HIV/AIDS Office was established in 2004 under the Catholic Bishops' Conference of Papua New Guinea and Solomon Islands (CBC).

At that time I was holding the position of National Catholic Health Secretary, meaning I was coordinating the Catholic health ministry in the country. However the HIV epidemic was spreading rapidly from the cities to the districts and the rural areas.

The Catholic Church was in a good position to link HIV work into the established structure of Health, Education, Family Life, and Caritas.

I asked the Catholic bishops to establish a full time HIV/AIDS Office under the CBC, in order to give time and energy to an emerging epidemic.

The Bishops' Conference being asked and witnessing the loss of life of young people, of families and mothers, agreed to have the office established and asked me for my choice either to stay in the health sector or to move full time to the HIV ministry. I chose the HIV/AIDS ministry.

In order to reach the 19 dioceses in the country, we established a full time office with a full time coordinator for each diocese. The funding for this initial set up came from the Churches Partnership Program, an initiative of the Australian Government who selected 7 Churches in PNG, who had a partner church in Australia.

The CPP funded the establishing

of the office and equipment, computer, printer, salary for the secretaries, while the diocese had to provide the physical office space.

Training of the diocesan HIV secretaries was a major component, HIV/AIDS policy and structure was established, and all secretaries were introduced at the same time and manner to achieve a coherent system of strength and energy.

The structure as seen on the power point brings the HIV message, counseling care and treatment to the public and grass root level and the basic Christian Community at the parish level.

HIV secretaries come together twice a year to share experiences, plan together (5 year plan) monitor and evaluate their programs.

The CPP continues to fund salaries and running costs for the HIV secretaries office. In the meantime as we spread out our wings, AUSAID – Australian Aid, became aware of our countrywide program and wanted to support us and other churches and NGOs.

The Catholic Church – national and diocesan HIV secretaries worked out a 5 year strategic plan for the Catholic Church in PNG and presented it with the cost of the plan to AUSAID. The plan was accepted and funded.

With this, we had security of funding. It gave us the opportunity to move forward in a systematic way, building counseling and care centers across the country.

We opened our first VCT centre in 2004 and trained our counselors, medical staff within the health centers and hospitals in VCT, PMTCT and home-based care.

ART training started within the Church centers in 2007.

Training at the diocesan level is of utmost importance. Diocesan HIV secretaries introduce HIV/AIDS courses at all levels in the diocese. Priests and religious leaders are also included. A num-

ber of courses have been designed for the diocesan clergy.

We have special trainers coming from Australia to conduct these courses for the priest and bishops.

“Community conversation” training is geared for a specific community to identify its problem issue and seek a change which the basic christian community will work out themselves.

In this way we empower the community to seek solutions also in the area of HIV/AIDS.

We established either new VCT centers or renovated exciting buildings into VCT centers.

For example, we renovated a mission airdrome where we had years ago 3 mission planes stationed. It was remodeled into a large training centre for the region where accommodation for 30 people is available, it has a counseling and care centre established under the same roof and provides office space for the Government Provincial Aids Committee and the diocesan HIV secretary.

VCT centers are either integrated into health facilities or stand alone.

At present we have 84 VCT sites within the Catholic Church, 29 stand alone and the other integrated into health facilities.

Monthly reports on HIV and PMTCT are forwarded to the National Office and we in turn provide the Department of Health and the AIDS Council with the data.

In 2004-2007 we received testing kits from Caritas Australia. However, since 2007 we receive our testing kits from the Department of Health free of charge.

Our service provides the Department of Health with 80% statistical information.

We truly have become a very valuable partner for the Department of Health and the National AIDS Council.

With regard to the Global Fund, the Catholic AIDS Office is a

member of the CMM (Country Coordinating Mechanism) and a sub-recipient of the Global Fund.

With the funds from Global Fund we are able to provide training for PMTCT, print training curriculum, brochures and provide salaries for counselors and support VCT centers with running costs.

ARVT is also provided for us free of charge from the Department of Health.

Training for prescribers of ARVT treatment for doctors and senior nurses is mostly paid for by the Department of Health and Global Fund.

All in all, the Catholic Church in PNG has become the largest HIV service provider in the country over a period of six years.

AUSAID has installed a 'server' in our office for all our data. We did not ask for this, but because of the importance of relevant data, AUSAID took the initiative.

Our relationship with our donors is cordial and we have not given in to pressure because of the Catholic Church's stand on condoms. It must be said that there was a lot of pressure in the early years. However, since we have become the largest service provider for them, we can go about our service without being confronted all the time with the ABC issue.

From my experience and in order to attract donors, the Church must have one coordinated system in place throughout the country.

Different religious orders are part of that system as we have a number of sisters and brothers in the different dioceses holding the office of HIV secretary.

Donor agencies cannot, and will not, deal with many small different stakeholders and agencies.

It must be a coordinated effort with a charismatic leader who understands the system, is able

to be a visionary but has his/her feet well on the ground, is able to travel at any given time and has the power to decide and allocate funds according to the approved plan and budget.

There must be a monitoring and evaluation system in place which evaluates all work and performance and reports to the different donors according to their requests and needs on a timely basis.

This short report is to encourage religious leaders to get involved and to dare to see that donor agencies are looking for agencies to implement, since there is a lot of pressure on them from their governments to implement and achieve what politics has come up with. This is especially applicable for PEPFAR and the Global Fund.

We trust that this contribution will encourage religious leaders to dare to take the opportunity and move boldly.

Indirizzo di Saluto finale di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

**S.E. MONS. ZYGMUNT
ZIMOWSKI**

*Presidente del
Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede*

Final address

This meeting has certainly constituted a contribution to the discussion of the very many questions and issues of the pathology of AIDS thanks to the important contribution of the speakers from the five continents of the world who have multidisciplinary horizons. The contribution of those who have taken part has also been important: medical researchers, theologians, specialists in

the educational sciences, pharmacists and health-care workers. To speak about AIDS also means, however, to remember the very many forms of suffering that define the lives of the people afflicted by this disease and their family relatives, people who can find comfort only in faith in Christ. The contribution of the Church through its health-care institutions is of fundamental importance in the prevention and care of the pathology of AIDS but it is to be hoped that national and international organisations and institutions will cooperate in the achievement of these objectives according to their own responsibilities and aims.

A conclusione del Convegno, desidero ringraziare tutti voi, giunti qui per dare un contributo allo studio delle questioni delicate e importanti che riguardano la patologia dell'HIV/AIDS. In modo particolare ringrazio i Relatori che provengono dai cinque continenti, da orizzonti e da ambiti di discipline scientifiche variegate e che hanno offerto una disamina esauriente e completa di tutti gli aspetti della situazione odierna della malattia, della sua terapia e della sua prevenzione. Naturalmente ringrazio anche tutti i partecipanti, medici, teologi, specialisti delle scienze dell'educazione, farmacisti, infermieri e tutti gli altri il cui apporto è stato preziosissimo.

Parlare di una patologia significa considerare anche la sofferen-

za del malato e dei suoi familiari, che questa comporta. È per questo che il mio pensiero va anche a tutti voi, ammalati e sofferenti, nella speranza che imitando Cristo e unendovi a lui nel dolore, facciate del bene con la vostra malattia, partecipiate in modo mistico alla salvezza dell'umanità. "In conseguenza dell'opera salvifica di Cristo l'uomo esiste sulla terra con la speranza della vita e della santità eterne. È anche se la vittoria sul peccato e sulla morte, riportata da Cristo con la sua croce e risurrezione, non abolisce le sofferenze temporali della vita umana, né libera dalla sofferenza l'intera dimensione storica dell'esistenza umana, tuttavia su tutta questa dimensione e su ogni sofferenza essa getta una luce nuova, che è la luce della salvezza" (*Salvifici doloris*, 16).

A questo dolore umano conseguente alla patologia dell'HIV/AIDS, come è anche emerso dal Convegno, molti uomini e donne dedicano il loro lavoro di ricerca, di cura, di assistenza, in un impegno umanitario nel quale il contributo della Chiesa a tutti i livelli e nelle sue articolazioni è fondamentale e lontano nel tempo. Basti ricordare che già nel 1989 il Pontificio Consiglio per la Pasto-

rale degli Operatori Sanitari aveva organizzato una Conferenza Internazionale in vista di un approfondimento interdisciplinare sui complessi problemi legati alla diffusione dell'AIDS.

Molti anni sono passati da quella Conferenza, molti progressi nella cura e terapia si sono succeduti, come in questo Convegno si è evidenziato, ma, ora che i risultati terapeutici hanno raggiunto possibilità di cure sempre più efficienti, è ancor più necessario che la più vasta accessibilità alle cure sia una peculiarità di tutti i Paesi, a prescindere dalla loro situazione economica.

Ma a questo deve accompagnarsi "un'opera educativa che aiuta l'uomo ad essere sempre più uomo, lo introduce sempre più profondamente nella verità, lo indirizza verso un crescente rispetto della vita, lo forma alle giuste relazioni tra le persone. In particolare è necessario educare al valore della vita *cominciando dalle sue stesse radici*. È un'illusione pensare di poter costruire una vera cultura della vita umana, se non si aiutano i giovani a cogliere e vivere la sessualità, l'amore e la stessa esistenza secondo il loro vero significato e nella loro intima correlazione. La ses-

sualità, ricchezza di tutta la persona, «manifesta il suo intimo significato nel portare la persona al dono di sé nell'amore». Non ci si può, quindi esimere dall'offrire soprattutto agli adolescenti e ai giovani l'autentica *educazione alla sessualità e all'amore*, un'educazione implicante la formazione alla castità, quale virtù che favorisce la maturità della persona e la rende capace di rispettare il significato sponsale del corpo" (*Evangelium vitae*, 97).

Sono queste le indicazioni che il Beato Giovanni Paolo II ci ha lasciato nella Lettera Enciclica *Evangelium vitae* e costituiscono il contributo fondamentale della Chiesa per la prevenzione della malattia dell'AIDS.

In conclusione, un doveroso ringraziamento deve andare anche alla Fondazione "Il Buon Samaritano", alla quale si deve l'ideazione e la realizzazione di questo Convegno. La fondazione fu voluta sei anni fa dal Beato Giovanni Paolo II, al quale, al termine di questo Convegno, interpretando il pensiero di tutti, rendiamo omaggio e per il dono della sua Beatificazione ringraziamo ancora oggi il Santo Padre Benedetto XVI.

Grazie, dichiaro chiuso il Convegno.