

# **Giving birth in Africa after the fall of HIV/AIDS exceptionalism era**

*International symposium*

*Bordeaux, 14-17 April 2015*

**Organizers:** Josiane Carine Tantchou (CNRS-CJB), Annick Tijou-Traoré (LAM), Estelle Kouokam (UCAC), Marc-Eric Gruénais (Université de Bordeaux-LAM), Saâdia Radi (CJB)

**Opening of invitation for proposed contributions:** 15 June 2014

**Deadline for proposals<sup>1</sup>:** 31 October 2014

**Reponses to authors:** 15 December 2014

**Deadline for reception of papers:** 28 February 2015

**Scientific commitee :** *Renaud Becquet (Inserm), François Dabis (Université de Bordeaux), Annabel Desgrées du Loû (IRD), Alice Desclaux (IRD), Marc-Eric Gruénais (Université de Bordeaux), Estelle Kouokam (Université Catholique d'Afrique Centrale-Yaoundé), Valériane Leroy (Inserm), Frédéric Le Marcis (ENS-Lyon), Philippe Msellati (IRD), Saâdia Radi (CJB), Josiane Tantchou (CNRS), Patrice Tchendjou Tankam (Institut Pasteur de Yaoundé), Annick Tijou Traoré (Sciences Po Bordeaux), Joanna Orne-Gliemann (Isped), Fatoumata Ouattara (IRD), Madina Querre (REVeSS) Laurent Vidal (IRD).*

## **Policy making and PMTCT: discursive practices**

In sub-Saharan Africa, the year 2012 was marked by a decline in transmission of HIV from mother to child. However, children living with HIV still have difficulties in accessing preventive and therapeutic coverage. During the same year, only 647,000 children under 15 years were receiving antiretroviral therapy, and preventive coverage for children was still less than half that of adults. While European countries (with the exception of some countries in Eastern Europe) and North America were able to eliminate new HIV infections among children, this has not been the case in Sub-Saharan Africa, where 90% of children born HIV-positive live or were born (WHO 2010).

---

<sup>1</sup> Abstracts up to 1500 characters, should be sent to the following address:  
[colloque.fin.exception.sida@gmail.com](mailto:colloque.fin.exception.sida@gmail.com)

A Global Plan to eliminate new infections among children was launched in July 2011. The overall objective of this plan is to reduce the number of new HIV infections among children by 90% and the number of HIV-related maternal and infant deaths to 50 % (UNAIDS 2011). One of the internationally-agreed goals is the elimination of mother-to-child transmission of HIV (MTCT) in low-income countries. The history of interventions in this field has thus moved from a focus on monitoring MTCT in the 1980s, to prevention of mother-to-child transmission (PMTCT), and now to the current goal of EMTCT (elimination of mother-to-child transmission) by 2015. These changes in slogans, acronyms and strategies, which were constructed to express willingness to control the risk of MTCT, reflect advances in therapies and specific international dynamics. They are performative speech acts (Austin 1970, Butler 2004) and should be thought of as such.

We suggest that analysis of these discourses and their evolution helps to reveal reconfigurations of space and actors in international health, in how HIV and maternal and child mortality are represented, and in the status of African women (and women in general), HIV-exposed newborns, and men as fathers, spouses, and brothers. These changes resulted in new guidelines for professional practice, which were disseminated unevenly in sociological and geographical terms. We also hope to understand the conditions in which these discourses were produced, the transformations they went through, their re-appropriation at local levels, and different types of issues related to them. Open to all social sciences, this colloquium welcomes proposals that will stimulate discussion regarding the discursive space of EMTCT and PMTCT, the surrounding politics, and the manufacture of institutional discourse (Oger & Ollivier-Yaniv 2006).

### **“Triage”**

A report dated 2013 shows that the number of newly infected children has decreased from 2009 to 2012 thanks to the expansion of antiretroviral coverage, which increased in that period from 34% to 65% (UNAIDS 2013). Nonetheless, the results of this programming have been judged less than satisfactory. The reasons provided to explain this include: lack of capacity of health systems to engage with and put into practice the changing guidelines; fear of stigmatization; patient-carer tensions; under-utilization of prenatal services; costs related to care for women who are both HIV-positive and pregnant; insufficient human resources; lack of adaptation of international policies to local contexts, and difficulties with the procurement of supplies (Gruenais & Vidal 1994; Kober & Van Damme 2004; Nguyen, Oosterhoff et al 2008; Stinson, Boulle et al 2010, Kojoué-Kanga 2013). Although the reasons for the poor performance of PMTCT programs seem to be known, the strategic directives

and recommendations issued by international organizations to guide national-level programs bear witness to a degree of powerlessness over these obstacles, which appear repeatedly in the literature. Here we borrow Nguyen Vinh-Kim's concept of "triage" (Nguyen, 2010) and give it a political character. He proposed the concept as a way to make sense of what happened at a time when antiretrovirals were not widely available and it was necessary to choose which patients would receive treatment. We apply the term "triage" here to the political sphere, i.e. how the prioritization of health problems serve to avoid dealing with certain issues that are nonetheless necessary to solve in order to make health systems effective and to optimize programs and health policies. The term helps us to reflect on the conditions in which the international health agenda is constructed. From this perspective, we welcome contributions about operational issues connected with interventions, and particularly – in the spirit of the remarkable work carried out by Helen Schneider, Duane Blaauw and their colleagues almost a decade ago (Schneider, Blaauw et al. 2006) – concrete proposals based on empirical data.

### **Inscriptions: documenting biological facts and regulating behavior**

To combat maternal mortality and prevent transmission of HIV from mother to child, a number of tools for follow-up, monitoring and evaluation were produced in paper form. These tools, which were meant to be updated regularly by caregivers, were part of the greater process of assessing and managing risk of MTCT. The act of writing as a characteristic part of nursing services in Africa has already been explored (Hours 1985, Jaffré & Olivier De Sardan 2003). We suggest that these tools should be understood as inscriptions (Latour & Woolgar 1996) that cannot be reduced simply to information, but are in themselves material entities subject to being produced, conserved, and utilized (Vinck 2009), and therefore to being analyzed. Through these inscriptions, the biological life of HIV-positive women becomes subject to institutional and professional arrangements and a range of technologies that can strongly affect self-image and produce vulnerability. We welcome contributions that document the processes by which life is governed by biomedical data, particularly contributions about the trajectory of registration and enrollment forms, the power relations they expose, and their other functions, especially in producing statistics and evaluating health programs.

### **Pragmatism: information for action**

Understanding EMTCT/PMTCT programmes requires taking into account women's experience of living with HIV (Baszanger 1986), and considering the "eruption of HIV" as a life-event that has involved and will involve other changes (Vidal 1996). The intent is not to analyze women's experience according to a normalization/stigmatization perspective, given our knowledge (and it is worth repeating) that AIDS is a pathology that is heavily stigmatizing. We welcome papers that go beyond this binary perspective to illuminate the potential or real-life disorders caused by the irruption of a potentially fatal chronic disease, and above all the economy of information or "pragmatics of information gathering" (Barbot & Dodier 2002). The focus should be on the dynamics of analyzing and managing opinions, data and discourses produced about obstetric risks and, in particular, the risk of vertical transmission of HIV by seropositive persons. We seek to understand how women analyze the different types of information that come to them, and how they appropriate them in order to demand delivery care that is HIV-specific and/or non-discriminatory. To what point do they seek control over their pregnancy and delivery? What strategies do they use to get answers while at the same time processing information about their serostatus? How do they react to the situations they confront, and what is their margin of maneuver? The aim is to use field data to investigate women's and couples' capacity for action, and the means they use – in situations that are sometimes difficult – to respond to situations they consider unacceptable, to obtain some types of information while hiding other information they consider confidential, and to demand what they deem "acceptable" care according to their own criteria.

### **Pregnancy and delivery stages**

Unlike the other stages in the process that leads to birth and that are taken into account in PMTC programmes, namely pregnancy and breastfeeding, the delivery period has been little investigated by the social sciences. Yet it is at the heart of MTCT and other obstetric risks. In the same time and place, a number of specificities come together (although obviously some of these also figure during pregnancy and breastfeeding). At this stage the salient issue is the behavior of caregivers, unlike during the pregnancy and breastfeeding stages when the mothers' contribution is more important. It is here that "victim blaming" (Farmer 1996) often occurs, in which patients are accused of being largely responsible for the failure of MTCT programming.

The delivery stage is managed by the caregivers, who need to ensure that the woman who has arrived for delivery has had an HIV screening test. If she hasn't, they need to offer it to her along with counselling; should she test positive, they will need to provide treatment to her, undertake appropriate protective procedures, administer treatment to the newborn infant, and finally provide counselling and orientation for the next stages in the process. This, therefore, is often the stage at which PMTCT is initiated. What happens during delivery mirrors that which was initiated "upstream" in PMTCT and which will continue for the rest of the process. It is thus a stage that is determinant for the success of the entire process. Fear about the delivery stage can be a source of disengagement by women from care (Desclaux 2012). During this stage, the practices of the maternity service caregivers enter into contact with and regularly conflict with those of other actors (patients, nurses, care staff from other services), giving rise to various feelings (anger, joy, pain, frustration, suffering) that have a bearing on the course of the delivery. We suggest that the multiplication of different types of actors, role conflicts, over-work or boredom, delegation of delivery tasks to unqualified or unauthorized staff, absence of equipment and intermittent stockouts, all serve to modify how international guidelines are applied in real-life and the ways these are appropriated. We welcome proposals that put the delivery room and the delivery stage at the centre of analysis, showing the issues that they serve to crystallize and the degree to which these influence whether MTCT and other medical risks are taken – or not taken – into account. These may include research into screening during pregnancy or the delivery period, the sharing or confidentiality of the screening result, the use of episiotomy and of caesarian section for preventive reasons (not only related to HIV), the use of abortion (related or not to an HIV-positive test result), how pain management during delivery might illuminate modes of ostracism of seropositive women (e.g. excessive cautionary measures on the part of caregivers or forms of distancing that deprive these women of care that others receive).

### **MTCT and other obstetric risks: "integration" in theory and practice**

Preventing mother-to-child transmission of HIV is part of a wider context of risks associated with pregnancy and childbirth (hemorrhage, infection, eclampsia, abortion, obstructed labor, etc.), all of which are significant factors in maternal mortality. However, although reducing maternal and infant mortality has been a major issue for decades, its importance was reconfirmed by the Millennium Development Goals (MDGs). In this context, a number of international organizations are currently involved in sending specialists to areas of need and organizing frequent trainings in Essential Obstetric and Newborn Care (EONC). While prevention of MTCT is addressed in these courses, other risks associated with pregnancy and childbirth are known to have greater

priority in professional practice. We suggest that this prioritization leads to a focus on guidelines and interventions considered “essential”, to the detriment of those regarded as negotiable or of low priority. This in turn affects how PMTCT programs function, and there is a need for it to be documented. We thus hope to question this supposed "integration" from a theoretical and practical perspective, specifically the integration of PMTCT services within maternal, newborn and child programming, along with other other health services. This obviously involves further questions about the end of HIV/AIDS exceptionalism era in Africa, an issue that cuts across the entire symposium.

Courriel : [colloque.fin.exception.sida@gmail.com](mailto:colloque.fin.exception.sida@gmail.com)

### References

- Austin, J. L. (1970). *Quand dire c'est faire*. Paris, Editions du Seuil.
- Barbot, J. and N. Dodier (2002). "Multiplicity in scientific medicine: the experience of HIV-positive patients." *Science, Technology and Human Values* 27(3): 404-440.
- Baszanger, I. (1986). "Les maladies chroniques et leur ordre négocié." *Revue Française de Sociologie* 27(1): 3-27.
- Butler, J. (2004). *Le pouvoir des mots. Discours de haine et politique du performatif*. Traduit de l'anglais par Charlotte Nordmann. Paris, Editions Amsterdam.
- Farmer, P. (1996). *Sida en Haïti: la victime accusée*. Paris, Karthala.
- Gruénais, M.-E. and L. Vidal (1994). "Médecins, malades et structures sanitaires. Témoignages de praticiens à Abidjan et Brazzaville." *Psychopathologie africaine* XXVI(2): 247-263.
- Hours, B. (1985). *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Paris, L'Harmattan.
- Jaffré, Y. and J.-P. Olivier De Sardan (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Marseille, Apad-Karthala.
- Kober, K. and W. Van Damme (2004). "Scaling-up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job?" *The Lancet* 364(9428): 103-107.
- Kojoué-Kamga, L. (2013). *Les déterminants de l'agenda politique de lutte contre le VIH/sida au Cameroun; à partir de la PEC des enfants et des adolescents (1987-2010)*". Institut d'Etudes Politiques Bordeaux. Ph.D.
- Latour, B. and S. Woolgar (1996). *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*. Paris La découverte.

- Nguyen, T. A., P. Oosterhoff, et al. (2008). "Barriers to access prevention of mother-to-child transmission for HIV positive women in a well-resourced setting in Vietnam." *AIDS Research and Therapy* 5(7).
- Nguyen, V.K., (2010). *The republic of therapy*. Durham and London, Duke.
- Oger, C. and C. Ollivier-Yaniv (2006). "Conjurer le désordre discursif. Les procédés de « lissage » dans la fabrication du discours institutionnel." *Mots. Les langages du politique*(81): 63-77.
- Schneider, H., D. Blaauw, et al. (2006). "Health systems and access to antiretroviral drugs for HIV in Southern Africa: Service Delivery and Human Resources Challenges." *Reproductive Health Matters* 14(27): 12-23.
- Stinson, K., A. Boulle, et al. (2010). "Initiation of highly active antiretroviral therapy among pregnant women in Cape Town, South Africa." *Tropical Medicine & International Health* 15(7): 825-832.
- UNAIDS (2011). *Countdown to zero: global plan for the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011-2015*. Geneva, UNAIDS.
- UNAIDS (2013). *2013 progress report on the Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive*, Geneva, UNAIDS.
- Vidal, L. (1996). *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris, Anthropos.
- Vinck, D. (2009). "« De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière » Vers la prise en compte du travail d'équipement." *Revue d'anthropologie des connaissances* 3(1): 51-72.
- WHO (2010). *PMTCT strategic vision 2010-2015. Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millenium Development Goals*. Geneva, WHO.

# En Afrique, accoucher après la fin de l'exceptionnalité du sida

*Colloque international*

*Bordeaux, 14-17 avril 2015*

**Organisé par:** Josiane Carine Tantchou (CNRS-CJB), Annick Tijou-Traoré (LAM), Estelle Kouokam (UCAC), Marc-Eric Gruénais (Université de Bordeaux-LAM), Saâdia Radi (CJB)

**Ouverture de l'appel à contributions :** 15 juin 2014

**Date limite de réception des résumés<sup>2</sup> :** 31 octobre 2014

**Envoi des réponses aux auteurs :** 15 décembre 2014

**Date limite de réception des papiers :** 28 février 2015

**Comité scientifique :** *Renaud Becquet (Inserm), François Dabis (Université de Bordeaux), Annabel Desgrées du Loû (IRD), Alice Desclaux (IRD), Marc-Eric Gruénais (Université de Bordeaux), Estelle Kouokam (Université Catholique d'Afrique Centrale-Yaoundé), Valériane Leroy (Inserm), Frédéric Le Marcis (ENS-Lyon), Philippe Msellati (IRD), Saâdia Radi (CJB), Josiane Tantchou (CNRS), Patrice Tchendjou Tankam (Institut Pasteur de Yaoundé), Annick Tijou Traoré (Sciences Po Bordeaux), Joanna Orne-Gliemann (Isped), Fatoumata Ouattara (IRD), Madina Querre (REVeSS) Laurent Vidal (IRD).*

## **Les politiques de prévention de la transmission mère-enfant du VIH : pratiques discursives**

En Afrique subsaharienne, l'année 2012 a été marquée par une baisse du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Toutefois, les enfants vivant avec le VIH souffrent encore des difficultés liées à l'accès au traitement et à la couverture thérapeutique. Durant cette même année, 647 000 enfants de moins de 15 ans recevaient un traitement antirétroviral et la couverture en traitements pour les enfants était toujours inférieure de moitié à celle des adultes. Si les pays européens (à l'exception de certains pays de l'Europe de l'Est) et d'Amérique du Nord sont parvenus à éliminer les nouveaux cas de VIH chez l'enfant, ce n'est pas le cas de l'Afrique Subsaharienne : 90% des enfants qui naissent infectés en sont originaires et/ou y vivent (WHO 2010). Un Plan

---

<sup>2</sup> Les résumés d'un maximum de 1500 signes sont à envoyer à l'adresse suivante : [colloque.fin.exception.sida@gmail.com](mailto:colloque.fin.exception.sida@gmail.com)



Mondial pour éliminer les nouvelles infections chez les enfants a été lancé en juillet 2011. L'objectif général de ce plan est réduire le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants de 90% et le nombre de décès maternels et infantiles liés au VIH de 50% (UNAIDS 2011). Un des enjeux définis au niveau international (pour les pays à faibles ressources) est donc l'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (eTME). L'histoire de sa prise en charge a été marquée par une logique d'étude de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les années 80, puis par celle de prévention (PTME) pour désormais afficher un objectif d'élimination de ce mode de transmission du VIH avant 2015. Ces changements d'orientation stratégique, de slogans et de sigles construits pour caractériser la volonté de maîtriser le risque de Transmission du VIH de la Mère à l'enfant (TME) traduisent des avancées thérapeutiques et une dynamique internationale spécifique. Ce sont des actes de discours performatifs (Austin 1970; Butler 2004) qu'il faudrait penser en tant que tels. Nous suggérons que l'analyse de ces discours et de leurs transformations peut permettre de dévoiler les reconfigurations de l'espace et des acteurs de la santé internationale, les représentations véhiculées autour du VIH, de la mortalité materno-infantile, du statut des femmes, des africaines, des enfants exposés, infectés, des hommes en tant que pères, conjoints, frères. Ces changements, induisent de nouvelles recommandations en termes de pratiques professionnelles, diffusées de manière inégale d'un point de vue sociologique et géographique. Nous souhaitons aussi comprendre les conditions de production de ces discours, de leurs transformations, la réappropriation de ces discours aux niveaux locaux et les différents types d'enjeux qui s'y rattachent. Ce colloque ouvert à l'ensemble des sciences sociales, accueillera des propositions pouvant alimenter des discussions autour de l'espace discursif de l'eTME/PTME, les politiques du discours et la fabrique des discours institutionnels (Oger and Ollivier-Yaniv 2006).

### **« Triage »**

Un rapport daté de 2013 montre que le nombre d'enfants nouvellement infectés a baissé de 2009 à 2012 grâce à l'expansion de la couverture en antirétroviraux, laquelle est passée de 34% à 65% (UNAIDS 2013). Toutefois, les résultats des programmes ne semblent pas satisfaisants. Plusieurs facteurs sont invoqués pour l'expliquer, parmi lesquels : les capacités des systèmes de santé à s'approprier et à mettre en œuvre les directives changeantes, la peur de la stigmatisation, les tensions soignants-soignés, la sous-utilisation des services de consultations prénatales, les coûts relatifs au suivi des femmes séropositives et enceintes, l'insuffisance des ressources humaines, l'absence d'une adaptation des politiques internationales aux contextes locaux, les difficultés d'approvisionnement en intrants (Gruénais and Vidal 1994; Kober and Van Damme 2004; Nguyen, Oosterhoff et al. 2008; Stinson, Boulle et al. 2010; Kojoué-Kamga 2013). Les raisons de la faible performance des programmes

PTME semblent donc être connues. Pourtant les orientations stratégiques et les recommandations émanant des organisations internationales, qui guident les programmes mis en place au niveau des Etats, illustrent parfois une certaine impuissance face à ces obstacles, même s'ils reviennent sans cesse dans la littérature. Nous voulons emprunter la notion de « triage » à Vinh Kim Nguyen (Vinh-Kim 2010) et lui donner un caractère politique. Il l'a suggéré pour donner du sens à ce qui se passait quand les antirétroviraux étaient inaccessibles et qu'il fallait « trier » parmi les patients, ceux qui allaient recevoir un traitement. Le « triage » ici serait une posture politique : le choix des problèmes de santé prioritaires qui conduit à occulter ceux qu'il faudrait pourtant résoudre pour arriver à rendre les systèmes de santé efficaces et optimiser de fait les programmes et politiques de santé. Le triage permet ici de réfléchir aux conditions de mise à l'agenda des problèmes de santé. Dans cette perspective, nous accueillons les interventions relevant du domaine opérationnel et faisant des propositions concrètes sur la base de données empiriques, ainsi que Schneider, Blaauw et al. l'ont fait de manière remarquable il y a bientôt une décennie (Schneider, Blaauw et al. 2006).

### **Inscriptions : documenter la vie biologique, régler les conduites**

Pour lutter contre la mortalité maternelle, et prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, des outils de suivi, de contrôle et d'évaluation ont été conçus sous la forme de supports d'écriture. Ces outils, théoriquement mis à jour quotidiennement par les soignants, participent ainsi à l'ensemble du processus d'évaluation et de maîtrise du risque de TME. Le travail d'écriture caractéristique des fonctions soignantes en Afrique a déjà été abordé (Hours 1985; Jaffré and Olivier De Sardan 2003). Nous suggérons que ces outils constituent des inscriptions (Latour and Woolgar 1996) dont on pourrait dire qu'ils ne se réduisent pas à de l'information, mais sont des entités matérielles contraignantes à produire, à conserver, à utiliser (Vinck 2009), donc à analyser. Par ces inscriptions, la vie biologique des femmes séropositives s'enracine au sein d'arrangements institutionnels et professionnels, de technologies diverses qui peuvent largement altérer l'image de soi et produire de la vulnérabilité. Nous accueillons les propositions qui documentent ces processus par lesquels la vie est aussi réglée par les données issues de la biomédecine, en analysant la trajectoire des inscriptions et des supports d'inscriptions, les rapports de pouvoir qu'ils mettent à nu d'une part, leurs autres fonctions, notamment en termes de production de statistiques et d'évaluation des programmes de santé, d'autre part.

### **Pragmatisme : s'informer pour agir ?**

Comprendre les programmes eTME/PTME implique de prendre en compte le « vivre avec » (Baszanger 1986) des femmes, de considérer « l'irruption du VIH » comme un événement d'une vie qui a connu et connaît d'autres inflexions (Vidal 1996). Ici, il ne s'agira pas d'analyser l'expérience des femmes selon une perspective axée sur la normalisation ou la stigmatisation, quand bien même on sait, et il faut encore le rappeler, que le sida reste une pathologie fortement stigmatisante. Nous accueillons les papiers qui s'inscrivent au-delà de ces deux approches, pour mettre en évidence les désordres potentiels ou réels causés par l'irruption d'une maladie (disease) chronique potentiellement fatale, mais surtout l'économie de l'information, « pragmatic of informations gathering » (Barbot and Dodier 2002). Il s'agit de la dynamique d'analyse et de gestion des opinions, informations et discours produits sur les risques obstétricaux et principalement sur le risque TME du VIH par les personnes séropositives. Nous voudrions comprendre comment les femmes analysent les différentes informations qui leur parviennent et se les approprient pour revendiquer une prise en charge de l'accouchement spécifique et/ou non discriminante. Jusqu'à quel point, cherchent-elles à avoir prise sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement? Quelles stratégies mettent-elles en place pour obtenir des réponses tout en maîtrisant l'information concernant leur statut sérologique? Comment réagissent-t-elles, et selon quelle(s) marge (s) de manœuvre, aux situations auxquelles elles sont confrontées? Il s'agit donc de s'appuyer sur des données de terrain pour interroger la capacité d'action des femmes, des couples et les moyens qu'ils se donnent dans des contextes parfois difficiles, pour réagir aux situations qu'ils estiment inacceptables, obtenir des informations en dissimulant celles qu'ils considèrent confidentielles, et revendiquer des soins « acceptables », selon leurs critères.

### **Le temps de la grossesse et de l'accouchement**

À l'inverse des autres étapes du processus qui conduisent à la naissance et qui sont pris en compte dans les programmes PTME (la grossesse et l'allaitement), le temps de l'accouchement est peu investi par les sciences sociales. Il est pourtant au cœur de la prévention de la TME du VIH et des autres risques obstétricaux. En effet, sur le même lieu et dans une même temporalité, se croisent un certain nombre de spécificités (certes, certaines d'entre elles peuvent aussi caractériser les autres étapes que sont la grossesse et l'allaitement). Ici, ce sont davantage les conduites des soignants qui sont en jeu, contrairement à la grossesse et à l'allaitement où la contribution des femmes est plus importante. C'est d'ailleurs ce qui leur vaut d'être des « victimes accusées » (Farmer 1996), souvent tenues pour responsables en grande partie des échecs des programmes

de prévention de la mortalité maternelle. Le temps de l'accouchement est géré par les soignants, qui doivent s'assurer que la femme qui vient accoucher a réalisé un test de dépistage du VIH, dans le cas contraire le lui proposer, mettre en place un conseil et en cas de séropositivité, dispenser un traitement à la mère, adopter les gestes techniques appropriés, administrer un traitement à l'enfant et enfin, conseiller et orienter pour la suite du processus. C'est donc parfois à ce moment-là que la PTME est initiée. Ce qui se fait pendant l'accouchement renvoie ainsi en miroir à ce qui a été initié en amont en matière de PTME et à ce qui est enclenché pour la suite du processus. C'est donc une étape déterminante pour le succès de l'ensemble du processus. La crainte de ce temps de l'accouchement peut aussi être une source de désengagement des femmes du suivi PTME (Desclaux, 2012). Durant ce moment, les pratiques des soignants exerçant à la maternité croisent et entrent régulièrement en conflit avec celles des autres acteurs (femmes, gardes-malades, soignants des autres services), suscitant des émotions diverses (colère, joie, douleur, frustration, souffrance), qui retentissent sur le déroulement de l'accouchement. Nous suggérons que la multiplication de différents types d'acteurs, les conflits de rôles, la surcharge de travail ou, l'ennui, la délégation des tâches en matière d'accouchements à des personnels non qualifiés et non responsabilisés, l'absence d'équipements, les ruptures des stocks intermittentes, composent un environnement qui modifie l'usage des directives internationales et les façons de se les approprier. Nous accueillons les propositions qui mettent la salle d'accouchement et le temps de l'accouchement au cœur de la réflexion, en montrant les enjeux qu'ils cristallisent et dans quelle mesure ceux-ci conduisent à une prise en compte ou non de la transmission du VIH et/ou des autres risques obstétricaux. Des analyses portant sur le dépistage pendant la grossesse ou l'accouchement, le secret ou le partage d'un résultat positif, les pratiques d'épisiotomie, de césarienne à visée préventive (de TME du VIH et pas uniquement), d'avortement (lié à un test positif au VIH ou pas), les modalités de gestion de la douleur pendant l'accouchement pourraient révéler des modes d'expression de l'ostracisme à l'égard des femmes séropositives (prise excessive de précautions de la part des soignants ou distance privant de soins que d'autres auraient eus).

### **TME et autres risques obstétricaux : « l'intégration » en théorie et en pratique**

La PTME s'inscrit dans un contexte de prévention des autres risques liés à la grossesse et à l'accouchement (hémorragie, infection, éclampsie, avortement, accouchement dystocique, etc.), lesquels sont des facteurs de mortalité maternelle. Or, la réduction de la mortalité materno-infantile est un enjeu majeur depuis des décennies, remis à l'ordre du jour par les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Dans cette optique, certaines organisations internationales participent au renforcement des capacités des

soignants en envoyant des spécialistes là où les besoins se font sentir et en organisant des formations continues aux Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels d'Urgence (SONEU). Si la prévention de la TME est abordée dans ces formations, dans les pratiques professionnelles, les autres risques liés à la grossesse et à l'accouchement sont prioritaires. Nous suggérons que cette forme de hiérarchisation des risques qui informent les pratiques soignantes, conduisant à privilégier des directives jugées indispensables au détriment de celles pensées comme négociables ou non prioritaires, a des incidences sur le fonctionnement des programmes PTME et doit être documentée. Nous souhaitons de cette manière interroger l'« intégration », d'un point de vue théorique et pratique, précisément l'intégration de la PTME aux prestations de santé maternelle, néonatale et infantile, ou à d'autres services de santé. Cela conduit évidemment à interroger la fin de l'exceptionnalisme en Afrique, question qui traversera l'ensemble de ce colloque.

Courriel : [colloque.fin.exception.sida@gmail.com](mailto:colloque.fin.exception.sida@gmail.com)

### Références

- Austin, J. L. (1970). Quand dire c'est faire. Paris, Editions du Seuil.
- Barbot, J. and N. Dodier (2002). "Multiplicity in scientific medicine: the experience of HIV-positive patients." Science, Technology and Human Values **27**(3): 404-440.
- Baszanger, I. (1986). "Les maladies chroniques et leur ordre négocié." Revue Française de Sociologie **27**(1): 3-27.
- Butler, J. (2004). Le pouvoir des mots. Discours de haine et politique du performatif. Traduit de l'anglais par Charlotte Nordmann. Paris, Editions Amsterdam.
- Farmer, P. (1996). Sida en Haïti: la victime accusée. Paris, Karthala.
- Gruénais, M.-E. and L. Vidal (1994). "Médecins, malades et structures sanitaires. Témoignages de praticiens à Abidjan et Brazzaville." Psychopathologie africaine **XXVI**(2): 247-263.
- Hours, B. (1985). L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun. Paris, L'Harmattan.
- Jaffré, Y. and J.-P. Olivier De Sardan (2003). Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris, Marseille, Apad-Karthala.
- Kober, K. and W. Van Damme (2004). "Scaling-up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job?" The Lancet **364**(9428): 103-107.

- Kojoué-Kamga, L. (2013). Les déterminants de l'agenda politique de lutte contre le VIH/sida au Cameroun; à partir de la PEC des enfants et des adolescents (1987-2010)". Institut d'Etudes Politiques Bordeaux. **Ph.D.**
- Latour, B. and S. Woolgar (1996). La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques. Paris La découverte.
- Nguyen, T. A., P. Oosterhoff, et al. (2008). "Barriers to access prevention of mother-to-child transmission for HIV positive women in a well-resourced setting in Vietnam." AIDS Research and Therapy **5**(7).
- Oger, C. and C. Ollivier-Yaniv (2006). "Conjurer le désordre discursif. Les procédés de « lissage » dans la fabrication du discours institutionnel." Mots. Les langages du politique(81): 63-77.
- Schneider, H., D. Blaauw, et al. (2006). "Health systems and access to antiretroviral drugs for HIV in Southern Africa: Service Delivery and Human Resources Challenges." Reproductive Health Matters **14**(27): 12-23.
- Stinson, K., A. Boule, et al. (2010). "Initiation of highly active antiretroviral therapy among pregnant women in Cape Town, South Africa." Tropical Medicine & International Health **15**(7): 825-832.
- UNAIDS (2011). Countdown to zero: global plan for the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011-2015. Geneva, UNAIDS.
- UNAIDS (2013). 2013 progress report on the Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive  
Geneva, UNAIDS.
- Vidal, L. (1996). Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique. Paris, Anthropos.
- Vinck, D. (2009). "« De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière » Vers la prise en compte du travail d'équipement." Revue d'anthropologie des connaissances **3**(1): 51-72.
- Vinh-Kim, N. (2010). The republic of therapy. Durham and London, Duke.
- WHO (2010). PMTCT strategic vision 2010-2015. Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millenium Development Goals. Geneva, WHO.