N° : PARAMED-11

LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE PASS DANS L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC DU VIH CHEZ LES ENFANTS MIGRANTS

Sophie ASKAR, Dr Francesca BISIO

Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du CH de Vierzon

saskar@ch-vierzon.fr

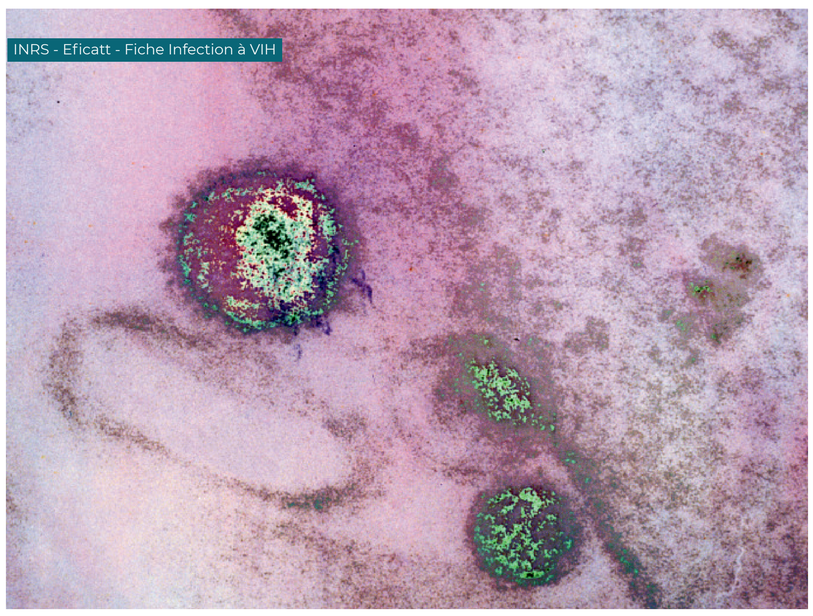
1. Introduction

En France, le **VIH pédiatrique** est de **moins en moins fréquent** car les mesures de prévention de la transmission verticale sont très efficaces, mais il existe encore une « niche » qui échappe aux protocoles de prévention. Selon les dernières données de Santé Publique France, les **contaminations mère-enfant (1%) concernent en majorité des enfants nés en Afrique subsaharienne**. Les récentes recommandations des sociétés savantes *SPILF* et *SFP* sont claires à ce sujet et **préconisent de réaliser une sérologie VIH à tout enfant migrant primo arrivant**. Cependant, les idées reçues de certains professionnels de santé peuvent s'avérer un frein à la réalisation du dépistage d'un cas VIH pédiatrique.



2. Matériels et méthodes

Description du cas et collecte des verbatims des soignants autour d'un dépistage de VIH pédiatrique.



3. Résultats

Un adulte migrant, originaire de la République Démocratique du Congo (RDC) est dépisté VIH positif à la PASS d'un centre hospitalier de proximité.
Son fils de 5 ans est hospitalisé en pédiatrie pour une infection respiratoire.
L'infirmière PASS propose aux soignants du service de réaliser un dépistage, mais les infirmières du service ne semblent pas prendre la mesure de la situation et le pédiatre désapprouve la pertinence de la démarche.





Suite au diagnostic, l'enfant a été pris en charge par l'infectiologue du CH de Vierzon et adressé à l'infectiologue pédiatre du CHU de Tours. Le traitement antirétroviral a été débuté après une hospitalisation qui n'a pas retrouvé d'infections opportunistes.

Charge virale VIH	78 652 copies/ml (4,90 log)
Genotypage	VIH-1 sous-type non B : probable sous-type C Absence de mutations de résistance aux ARV
CD4/CD8	738 /mm3 (20,5 %) r 0.57
Quantiferon	Négatif
Sérologie VHB	Immunité vaccinale
Sérologie VHC	Négative
Sérologie syphilis	Négative
Sérologie CMV	IgG POS, IgM NEG
Sérologie toxoplasmose	IgG NEG, IgM NEG

4. Discussion

Cette famille monoparentale est en France depuis août 2025, ils n'ont jamais eu un bilan primo arrivant auparavant. Le père est diagnostiqué positif au VIH à son passage à la PASS du CHV. La mère de l'enfant est restée en RDC, nous ne savons pas son statut virologique.

L'enfant a un bon état général qui peut être trompeur, mais il vient d'un territoire ; où chaque année des milliers d'enfants sont encore infectés par le VIH, souvent en raison de l'absence de dépistage chez la femme enceinte.

Environ 91 % des adultes vivant avec le VIH bénéficient aujourd'hui d'un traitement antirétroviral, grâce à un effort collectif impliquant le gouvernement, la société civile, les communautés, le secteur privé et des partenaires.

Toutefois, **chez les enfants** (en RDC)**, seulement 44 % de ceux qui vivent avec le VIH ont accès à ce traitement vital.** Ce taux est resté très faible depuis plus d'une décennie.

Chaque année, des milliers d'enfants congolais sont encore infectés, souvent en raison de l'absence de dépistage chez les femmes enceintes, ce qui prive le système de santé d'une occasion cruciale de prévenir la transmission mère-enfant et de maintenir les mères en vie.

Le recueil de certaines informations clés pouvait orienter la prise en charge. La date d'arrivée en France et la provenance d'un pays endémique constituaient des éléments importants.
À cela s'ajoutait un accès limité au dépistage pendant la grossesse.

L'ensemble de ces facteurs pouvait inciter les infirmières et le pédiatre à envisager un dépistage du VIH.

Ce dépistage est d'ailleurs recommandé dans le bilan initial des enfants migrants primo-arrivants.

100 000 enfants vivent avec le VIH en RDC

20-30 % taux de transmission mère-enfant sans traitement

- de 50 % des enfants éligibles sous ARV

5. Conclusion

Dans le cas illustré, des dysfonctionnements concomitants ont failli empêcher ou retarder un diagnostic essentiel, avec des conséquences qui auraient pu être mortelles pour l'enfant.

D'abord, le père de l'enfant semble ignorer le lien qui pourrait exister entre sa pathologie récemment diagnostiquée et l'hospitalisation de son fils. Nous supposons la précarité socio-économique et culturelle dans laquelle se trouve cette famille, comme facteur de retard de diagnostic du VIH. En effet repérer ses maux, donner un sens à ses symptômes et s'approcher des structures des soins nécessitent une connaissance et une culture du soin.

Deuxièmement, la réticence des soignants pose un triple questionnement :

1. Conformément aux recommandations nationales, un dépistage du VIH aurait dû être proposé à l'enfant tout simplement du fait d'être un jeune migrant primo-arrivant.
2. Le fait qu'il présentait des symptômes possiblement en lien avec une immunodépression aurait dû d'avantage faire évoquer la nécessité de ce diagnostic.
3. La présence de l'infection chez le père aurait dû être en soi un élément suffisant à proposer le dépistage, même si l'enfant ne provenait pas d'une zone d'endémie.

En dernier, l'hypothèse de l'inceste avancée par le médecin nous interroge. L'idée d'une violence paternelle lui semble plus probable qu'une transmission verticale par une mère restée ou décédée dans un Pays à forte endémie

Après plusieurs consultations et l'établissement d'un lien de confiance, le père a révélé avoir été victime d'abus sexuels à répétition dans un camp de réfugiés, qu'il associe à sa propre infection. Il affirme toutefois que son enfant n'a pas subi ce type de violences. Il évoque plutôt une possible transmission au camp via le partage d'objets d'hygiène, comme des lames de rasoir. Il mentionne peu la mère, mais précise qu'elle avait été testée négative pendant la grossesse.

Une contamination de la mère enceinte après le dépistage est aussi possible, mais l'hypothèse évoquée par le papa est aussi pertinente par rapport à l'état immunologique et général de l'enfant lors du diagnostic, qui était cohérents avec une infection acquise par voie horizontale plus tardivement qu'une infection acquise par voie verticale.

Dans cette situation, la détermination de l'infirmière PASS habituée à travailler avec les plus vulnérables et sensibilisée à ces enjeux de santé publique a permis le diagnostic.

Recommandations du bilan migrant primo-arrivant



"Les étoiles sont éclairées pour que chacun puisse un jour retrouver la sienne. "

Antoine de Saint-Exupéry

Centre Hospitalier de Vierzon *33 rue Léo Mérigot 18100 VIERZON*