

Faculté de santé publique

Prévalence et facteurs associés à la scabiose chez les demandeurs d’asile à Bruxelles

Mémoire réalisé par :

NYAKIO KIBONGA Jean-Claude

Promotrice :

Professeure Annie ROBERT

Année académique 2023 – 2024

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Prévalence et facteurs associés à la scabiose chez les demandeurs d'asile à Bruxelles

Mémoire réalisé par :

NYAKIO KIBONGA Jean-Claude

Promotrice :

Professeure Annie ROBERT

Année académique 2023 – 2024

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Professeure Annie ROBERT, qui a accepté de m'encadrer malgré ses multiples occupations. Toute ma gratitude pour sa patience, sa rapidité à réagir à mes travaux, sa disponibilité en tout temps, ses précieux conseils et les discussions très enrichissantes que nous avons eues. Sa rigueur, ses connaissances, son professionnalisme, son sens critique, son sens des relations humaines et son ouverture d'esprit ont fortement contribué à nourrir ma réflexion et à rendre cette expérience passionnante.

Je tiens à remercier la faculté de santé publique de l'UCLouvain et, en particulier, tout le corps professoral pour les enseignements dispensés, leur encadrement, leur professionnalisme et leur détermination sans relâche pour former le professionnel de santé publique que je suis aujourd'hui.

Je tiens à remercier l'Organisation non gouvernementale « Médecins Sans Frontières » et, en particulier, le coordonnateur médical des projets du centre opérationnel belge, Jean-Paul MANGION, pour toutes les facilités mises à ma disposition afin de réaliser ce mémoire ainsi que pour le soutien, l'encouragement, l'accompagnement et la disponibilité de toute l'équipe médicale MSF.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers tous les amis et collègues promotionnels qui m'ont apporté leur support moral et intellectuel dans la réalisation de ce mémoire. Un grand merci aux Dr Christian MWEPU ARMSTRONG, Dr Malick SAHAROU DOUCOURE, Dr Achille BAPOLISI, Dr Yves KASHIYA MUAMBA, Mme Victoria FUCHS, Mme Lena Schroeder CHAIDRON et Mme Rubenia TIMMERMAN pour la relecture de ce travail et les conseils qui ont contribué à l'améliorer.

Enfin, je tiens à témoigner toute ma gratitude à mon épouse Larissa GATEKA ainsi qu'à mes enfants Yoann-Olivier NYAKIO, Franchrista-Adora NYAKIO, Patricia NYAKIO et Prince-Israel NYAKIO pour leur affection et leur soutien inestimable.

Je remercie ma mère, Mme Françoise LUTALA NGALYA, pour ses prières, sans oublier ma famille biologique, les NYAKIO ainsi que ma belle-famille, pour avoir fait de moi celui que je suis, pour leur soutien, leur patience et surtout leurs encouragements.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhéré au Code de déontologie pour les étudiants·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	i
Le plagiat	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	v
Liste des abréviations	vi
I. INTRODUCTION	8
I.1. Problématique et situation épidémiologique.....	8
I.1.1. Épidémiologie en contexte migratoire	8
I.1.2. Au niveau mondial.....	8
I.1.3. Au niveau européen	9
I.1.4. Au niveau de la Belgique :	10
I.1.5. Au niveau bruxellois.....	10
I.2. Contexte et justification	10
I.3. Question de recherche	12
I.4. Objectif général.....	12
I.4.1. Objectif général	12
I.4.2. Objectifs spécifiques	12
I.5. Généralités sur la scabiose	13
I.5.1. Définition	13
I.5.2. Symptomatologie.....	13
I.5.3. Démarche diagnostique.....	13
I.5.4. Germes en cause	14
I.5.5. Mécanismes de contamination ou physiopathologie.....	15
I.6. Le demandeur d'asile ou demandeur de la protection internationale	18
I.6.1. Définition	18
I.6.2. Motifs de la demande d'asile.....	18
I.6.3. Processus de demande d'asile	18
I.6.4. Processus d'asile et protection internationale	18
I.6.5. Statut de réfugié.....	19
I.6.6. Durée du statut de réfugié :	21
I.6.7. Réinstallation	21
I.6.8. Protection contre le refoulement.....	21
I.6.9. Motifs de migration	21
I.6.10. Procédures et mécanismes de demande d'asile en vigueur en Belgique en comparaison avec l'Europe	23
II. METHODOLOGIE.....	26
II.1. Lieu de recherche	26
II.2. Type et période d'étude.....	26

II.3. Stratégie d'échantillonnage	26
II.3.1. Les unités statistiques	26
II.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion dans la recherche.....	26
II.3.3. Taille de l'échantillon.....	27
II.4. Liste des variables et définition opérationnelle	27
II.4.1. Facteur ou variable dépendant(e)	27
II.4.2. Facteurs ou variables indépendant(e)s	27
II.5. Traitement et analyse statistique.....	28
II.6. Considération éthique	29
III. RESULTATS	30
III.1. Présentation et interprétation des résultats	30
III.1.1. Statistiques descriptives	30
III.1.2. Caractéristiques de la prévalence de la scabiose rencontrée auprès de nos participants.....	36
IV. DISCUSSIONS	41
IV.1. Caractéristiques démographiques de nos patients.....	41
IV.2. Caractéristiques sociales et linguistiques de nos patients.....	42
IV.3. Caractéristiques sanitaires et accès aux soins de santé de nos patients	44
IV.4. Régression logistique univariée et multivariée des facteurs associés à la scabiose	45
V. ELABORATION DE PISTES DE SOLUTIONS ET PERSPECTIVES	48
Aux niveaux fédéral et régional :	48
Au niveau des entités fédérées :	48
Au niveau de FEDASIL et d'autres collaborateurs opérationnels :	48
Au niveau des demandeurs de protection internationale :	49
VI. CONCLUSION	50
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	51

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Caractéristiques démographiques, sociolinguistiques et sanitaires de nos participants
- Tableau 2 : Répartition de nos participants par pays d'origine
- Tableau 3 : Regroupement des divers pays de nos participants par région d'origine
- Tableau 4 : Répartition de nos participants par langues parlées
- Tableau 5 : Caractéristiques de la prévalence de la scabiose rencontrée chez nos participants
- Tableau 6 : Facteurs associés à la scabiose parmi les participants à Bruxelles

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN :	Acide désoxyribonucléique
AMU :	Aide médicale d'urgence
AMO SOS-Jeunes :	Association pour une prise en charge adaptée des jeunes non accompagnés
CEBIODI :	Centre de Biologie et de Diagnostic
CCE :	Conseil des Contentieux des Étrangers
Cfr :	Confère
CHU :	Centre hospitalo-universitaire
CJUE :	Cour de Justice de l'Union européenne
CRB :	Croix-Rouge de Belgique
COCOM :	Commission communautaire commune
EPS :	Éducation pour la santé
EURODAC :	Système d'information européen de comparaison des empreintes digitales
FARES :	Fonds des Affections respiratoires
FEDASIL :	Agence fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile
IC 95% :	Intervalle de confiance à 95%
InVS :	Institut de Veille sanitaire de France
MdM :	Médecins du monde
MSF :	Médecins Sans Frontières

MSF-Belgique :	Médecins Sans Frontières Belgique
OCB-MSF :	Centre opérationnel belge pour Médecins Sans Frontières
OR :	Odd Ratio
PEC :	Prise en charge
PCR :	Réaction en Chaîne par Polymérase
PCSR :	Plateforme citoyenne de soutien aux réfugiés
SCIENSANO :	Centre de recherche et Institut national de santé publique en Belgique
UE :	Union européenne
VIH-SIDA :	Virus Immunodéficience Humaine – Syndrome Immunodéficience Acquise

I. INTRODUCTION

I.1. Problématique et situation épidémiologique

I.1.1. Épidémiologie en contexte migratoire

La Scabiose (gale) représente un problème de santé mondial, touchant principalement les populations vulnérables telles que les réfugiés, demandeurs d'asile et migrants. Les données épidémiologiques spécifiques à ces groupes restent limitées [2, 3, 4]. Environ 300 millions de nouveaux cas de scabiose surviennent chaque année dans le monde, avec une transmission directe entre individus dans 95% des cas [10, 12, 13].

La propagation de la scabiose est rapide dans des environnements surpeuplés et précaires, ce qui en fait un problème de santé publique au niveau mondial, européen et bruxellois. Les conditions socio-économiques influencent sa prévalence, notamment la surpopulation, les installations sanitaires insuffisantes et la promiscuité [1, 2, 15, 18].

La vulnérabilité à la scabiose dépend des conditions de vie, de la promiscuité et du contact avec des individus infectés, ainsi que de l'accès tardif aux soins de santé de qualité. Cette maladie est répandue dans le monde entier, en particulier dans les milieux surpeuplés avec un accès restreint aux soins de santé, comme les établissements de soins de longue durée et les prisons.

Le risque de transmission directe par contact est estimé à 95%, avec une épidémie déclarée dès que deux cas sont diagnostiqués dans un même établissement. Les populations les plus à risque incluent les résidents d'institutions surpeuplées, les sans-abris, les migrants et les individus vivant dans des conditions de grande précarité [14, 15, 16, 18].

La situation épidémiologique de la scabiose varie selon les régions et évolue dans le temps. En cas de symptômes, une consultation médicale précoce est cruciale pour prévenir la propagation de l'infection et soulager les symptômes.

I.1.2. Au niveau mondial

La scabiose, également connue sous le nom de gale, est une maladie cutanée parasitaire causée par le *Sarcoptes scabiei*, un acarien microscopique. Cette maladie est présente dans le monde entier et peut toucher des personnes de tous les âges, de tous les groupes socio-économiques et de toutes les régions géographiques.

Il est important de noter que la situation épidémiologique de la scabiose peut évoluer avec le temps en raison de divers facteurs, notamment les conditions sanitaires, les mouvements de population, les pratiques d'hygiène et les variations saisonnières [10, 13, 14, 15, 17, 18, 19].

La scabiose se propage principalement par contact direct avec une personne infectée, en

particulier par contact peau à peau. Cependant, elle peut également être transmise par des objets contaminés, tels que des vêtements, des serviettes, ou encore lors de relations sexuelles.

Comme nous l'avons vu précédemment, la scabiose est susceptible d'affecter les populations migrantes et les réfugiés, en particulier dans des contextes de surpeuplement tels que les camps de réfugiés, les centres d'accueil, les dortoirs et d'autres situations où les conditions d'accueil et d'hygiène sont précaires [10, 13, 14, 15, 17, 18, 19].

Dans ce contexte, ces groupes sont confrontés à divers risques et défis en matière de santé, aux facteurs sociaux et économiques, ainsi qu'aux obstacles liés à l'accès aux soins de santé.

La scabiose constitue l'un des troubles dermatologiques les plus courants, et est présente dans toutes les régions du monde. Chaque année, près de 300 millions de nouveaux cas sont recensés, notamment dans les pays en voie de développement. L'incidence de la maladie varie en fonction du pays de résidence et de l'âge des patients, étant endémique dans un certain nombre de pays des régions tropicales et subtropicales. Les prévalences les plus élevées sont signalées en Asie, en Océanie et en Amérique latine [10, 18]. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire et les régions tropicales, la scabiose affecte de manière disproportionnée les enfants [17]. Elle provoque également des épidémies dans les établissements de santé et les communautés vulnérables dans les pays développés [14, 18].

L'étude *Global Burden of Disease* a estimé qu'entre 2015 et 2017, 145 000 à 200 000 personnes dans le monde ont été infectées par *Sarcoptes scabiei* [10, 13, 19]. En 2016, on estimait que les effets directs de l'infestation de la scabiose sur la peau seule ont entraîné près de 3,7 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité [10, 13, 19]. De plus, dans les zones à forte prévalence, la scabiose est une cause sous-jacente majeure d'infections cutanées bactériennes et de complications graves affectant les fonctions cardiovasculaires et rénales [15].

I.1.3. Au niveau européen

Les caractéristiques de la scabiose en Europe diffèrent peu de celles de la scabiose dans d'autres parties du monde. La maladie est présente sur tout le continent et elle peut toucher des individus de tous les âges et de tous les milieux sociaux. Les taux de prévalence peuvent varier d'une région à l'autre et au fil du temps, en fonction notamment du niveau de promiscuité, du surpeuplement et de l'accès difficile aux soins de santé précoces. La scabiose peut entraîner des épidémies sporadiques dans des endroits spécifiques, notamment dans des établissements de soins de santé, des écoles, des prisons et d'autres environnements où les gens sont en contact étroit [10, 12, 13, 14].

L'augmentation spectaculairement rapide de la précarité, aussi bien dans le monde occidental que dans les régions en développement, favorise la promiscuité entre les individus, dans des conditions d'hygiène précaire. Les épidémies de scabiose en Europe nous ont fait prendre conscience de l'ampleur du phénomène, à laquelle s'ajoute l'allongement marqué de la durée de vie humaine qui se termine souvent en établissement de long séjour, favorisant ainsi la contagion de la scabiose entre pensionnaires et avec le personnel soignant, parfois mal préparé pour lutter efficacement contre ce fléau. La maladie joue ainsi le rôle de marqueur biologique de l'état sanitaire d'un établissement [10, 12, 13, 14].

I.1.4. Au niveau de la Belgique :

La Belgique, comme de nombreux autres pays, est confrontée à diverses maladies infectieuses, y compris des maladies dermatologiques dont la scabiose. Celle-ci peut donc très bien survivre en Belgique, en particulier dans des environnements où la promiscuité est élevée, tels que les centres d'accueil et de transit de réfugiés ou les collectivités surpeuplées. Les professionnels de la santé diagnostiquent et traitent la maladie conformément aux protocoles médicaux standards [10, 12, 13, 14].

I.1.5. Au niveau bruxellois

La prévalence des maladies infectieuses, y compris les maladies dermatologiques, parmi les demandeurs d'asile vivant à Bruxelles et dans d'autres zones à forte densité de population migrante, est influencée par plusieurs facteurs : notamment les conditions de vie dans les centres d'accueil ou les camps de réfugiés (promiscuité, partage de vêtements et de literie), les taux de migration, l'accès aux soins de santé et la sensibilisation à la santé [10, 12, 13, 14].

Bruxelles, en tant que capitale de la Belgique et siège de plusieurs institutions européennes, est soumise aux mêmes considérations de santé publique que le reste du pays en ce qui concerne les maladies infectieuses. La ville dispose de services de santé de haute qualité, dont des dermatologues et des cliniques spécialisées dans le traitement des maladies de la peau, bien équipés pour diagnostiquer et traiter les maladies dermatologiques infectieuses [10, 12, 13, 14].

Au centre médical PACHECO à Bruxelles (Boulevard Pacheco 42-44, 1000 Bruxelles), la prévalence de la scabiose pendant la période de notre étude (du 02 octobre 2022 au 30 juin 2023) était de 3 patients sur 10 (29,1%), la scabiose constituant le premier motif de consultation de nos participants.

I.2. Contexte et justification

Les révolutions arabes survenues en 2011, en Afrique subsaharienne et au Moyen-Orient, ont provoqué un afflux de réfugiés et des demandeurs de la protection internationale vers les rives sud de l'Europe.

Les catastrophes naturelles et environnementales ainsi que la recrudescence de l'insécurité engendrée et entretenue par les milices « terroristes » rencontrées dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne et moyen-orientaux, sont également source de cet exode de population vulnérable. Enfin, les conflits sociaux permanents (chômage, pauvreté, injustice socio-économique), intercommunautaires, familiaux, tribaux (ethniques) et les discriminations ou stigmatisations dues à une appartenance ou orientation sexuelle, une croyance religieuse, une opinion politique et un déficit des droits humains sont également des mobiles qui justifient le déplacement massif des populations du sud vers le nord, dans l'espoir d'une vie meilleure, sécurisée, prospère, épanouie, juste et digne [1, 2, 6, 7, 8, 9].

Certains pays du sud de l'Europe longeant la mer Méditerranée, comme la Grèce, l'Espagne ou l'Italie, représentent les principaux points d'entrée des migrants et des demandeurs de la

protection internationale ou d'asile sur le vieux continent. Or cette situation cristallise les contradictions et les carences des politiques européennes en matière de droit d'asile et de migration [1, 2, 6, 7, 8, 9].

En Italie, par exemple, la multiplication des dispositifs d'accueil des demandeurs d'asile, loin de faciliter leur intégration dans la société italienne, renforce les inégalités. Malgré les discours politiques et associatifs en faveur des migrants, le devoir d'assistance se heurte à la protection des frontières [6].

Sous l'effet de l'augmentation du nombre de demandeurs de la protection internationale enregistrée en occident récemment, et en particulier à Bruxelles, de la durée de traitement pour l'instruction des dossiers d'obtention du statut de réfugié, et de la faiblesse des ressources financières mobilisées à cette fin, les demandeurs de la protection internationale sont aujourd'hui amenés à se tourner vers certains services sociaux et organisations caritatives pour organiser leurs conditions de survie dans les pays d'asile [6, 7].

En Belgique, des centaines de personnes font la queue chaque jour à Pacheco-Bruxelles où l'Office des étrangers enregistre les demandes de nouveaux demandeurs d'asile. Le site d'enregistrement fonctionnait jusqu'à l'été 2022 au Petit Château. Mais en raison de plusieurs plaintes de voisinages, FEDASIL déplace le centre d'enregistrement à Pacheco. C'est un énorme pas en arrière car l'identification des personnes vulnérables devient alors de plus en plus difficile et aucun examen médical systématique précoce n'est plus effectué, par manque de ressources. Environ 300 personnes par jour peuvent être enregistrées (parfois 50 à 100 doivent à nouveau faire la queue le lendemain). Les familles et les mineurs non accompagnés ne sont plus systématiquement hébergés par Fedasil depuis la mi-octobre 2022, en raison de la saturation en hébergements.

Les demandeurs d'asile masculins sont systématiquement laissés dans la rue pendant plusieurs semaines, sans accès à un abri ni à des soins médicaux.

Plus de 4.500 personnes intentent alors une action en justice contre le gouvernement (Fedasil) pour non-hébergement.

Les services de santé primaire de première ligne pour les migrants fournis par Athéna et le *Hub Humanitaire*¹, déjà saturés par le public de transit, reçoivent de plus en plus de demandeurs d'asile qui n'ont pas accès aux services de base. Les demandeurs d'asile représentent 40% des patients. Par manque de personnel, le *Hub Humanitaire* doit fermer tous les week-ends d'octobre à mi-novembre 2022.

Le grand nombre de demandeurs d'asile, dormant dans les rues bruxelloises, sans aucun accès aux soins médicaux, deviennent porteurs de maladies comme la scabiose, la diphtérie ou la tuberculose.

Le consortium humanitaire décide alors de mettre en place une intervention médicale d'urgence

¹ (1) *Hub Humanitaire* : créé en 2017, c'est un lieu où plusieurs associations (cinq) mettent en commun leurs ressources et expertises pour proposer différents services de première ligne aux personnes en situation de migration et en transit par la Belgique. Il est composé de : MSF, MdM, PCSR, CRB et AMO SOS-Jeunes.

à Pacheco, pour faire face à cette recrudescence de maladies transmissibles rapidement au sein de cette population.

I.3. Question de recherche

A ce jour, en Belgique, peu d'études ou de publications scientifiques sont réalisées sur la thématique de la scabiose au sein de la population migrante demandeuse de la protection internationale à Bruxelles. Une des raisons principales est que la gale est considérée comme une pathologie relativement ou sensiblement inexistante en milieu urbain en Europe.

Notre travail pose dès lors la question suivante : quelle est la prévalence de la scabiose et les facteurs associés à sa survenue auprès des demandeurs d'asile à Bruxelles ? Existe-t-il une corrélation entre l'arrivée massive et croissante des populations migrantes demandeuses d'asile venues d'Afrique subsaharienne, du Moyen-Orient ou ailleurs et l'apparition, voire la recrudescence, de la scabiose à Bruxelles ?

Autrement dit, notre travail voudrait mieux comprendre l'association entre la prévalence des cas de scabiose rencontrée auprès des populations migrantes demandeuses d'asile et leur présence à Bruxelles.

I.4. Objectif général

I.4.1. Objectif général

L'objectif général de notre travail consiste donc à déterminer certains facteurs associés à la scabiose au sein des populations vulnérables que sont les demandeurs de la protection internationale à Bruxelles et d'adresser ensuite des recommandations aux autorités politico-sanitaires afin de prendre des décisions éclairées et favorables qui garantissent une bonne santé à l'ensemble de la population bruxelloise, y compris les plus vulnérables.

I.4.2. Objectifs spécifiques

Pour y parvenir, nous allons nous appuyer sur quelques objectifs spécifiques :

- Déterminer la proportion ou la prévalence des demandeurs d'asile atteints de la scabiose ayant ou non une adresse depuis leur arrivée en Belgique ;
- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques exactes des demandeurs d'asile atteints de la scabiose pour mieux comprendre la source de cette maladie ;
- Déterminer l'impact de la barrière linguistique des demandeurs d'asile à Bruxelles face à la scabiose ;
- Déterminer l'impact de l'accessibilité aux soins de santé de qualité par les demandeurs d'asile scabieux à leur arrivée à Bruxelles.

I.5. Généralités sur la scabiose

I.5.1. Définition

La scabiose, également connue sous le nom de gale, est une maladie contagieuse de la peau, provoquée par l'infestation de l'acarien *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*. Il s'agit d'une affection parasitaire qui touche les humains et, dans certaines situations particulières, divers animaux [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

I.5.2. Symptomatologie

Les symptômes caractéristiques de la scabiose comprennent une démangeaison intense (souvent plus marquée la nuit et l'un des signes les plus courants), des éruptions cutanées, des rougeurs et la formation de petites vésicules remplies de liquide. La scabiose peut toucher diverses parties du corps, notamment les plis de la peau, les doigts, les poignets, les coudes, les aisselles et les organes génitaux [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

I.5.3. Démarche diagnostique

La démarche diagnostique pour confirmer la maladie de la scabiose repose sur plusieurs éléments :

- **Les antécédents médicaux et symptômes** : l'évaluation commence par un entretien approfondi avec le patient pour recueillir des informations sur les symptômes, notamment les démangeaisons, les zones du corps affectées, et depuis combien de temps ils sont présents. Le médecin peut également demander si le patient a été en contact avec une personne atteinte de la scabiose.
- **L'examen clinique** : le médecin procède à un examen physique de la peau pour rechercher des signes caractéristiques de la scabiose, tels que des éruptions cutanées, des sillons scabieux (lignes sinueuses), des rougeurs et des lésions cutanées dues au grattage. L'examen clinique est une étape essentielle pour évaluer les signes visibles de la maladie.
- **Le prélèvement cutané (grattage cutané)** : si les signes caractéristiques de la scabiose ne sont pas évidents à l'examen clinique, le médecin peut effectuer un prélèvement cutané. Cela implique de gratter doucement la surface de la peau pour recueillir des échantillons de tissus. Ces échantillons sont ensuite examinés au microscope pour rechercher la présence d'acariens, d'œufs ou de leurs excréments. Le prélèvement cutané est souvent nécessaire pour un diagnostic définitif.
- **Le diagnostic différentiel** : le médecin exclut d'autres affections cutanées présentant des symptômes similaires, comme des allergies, des dermatites, des infections bactériennes ou fongiques, pour s'assurer que la scabiose est correctement identifiée.

- **Le test de confirmation** : dans certains cas, un test de confirmation appelé PCR (réaction en chaîne par polymérase) peut être utilisé pour détecter l'ADN de l'acarien responsable de la scabiose. Cependant, ce test est généralement réservé aux cas où le diagnostic reste incertain malgré d'autres examens.
- **L'évaluation des contacts** : il est essentiel d'identifier et d'évaluer les contacts étroits, tels que les membres de la famille ou les partenaires, qui ont pu être exposés à la scabiose. Ces contacts doivent également être examinés et, si nécessaire, traités pour éviter la propagation de l'infection.

En résumé, le diagnostic de la scabiose est basé sur une combinaison d'éléments cliniques, d'antécédents médicaux, d'examens physiques et, si nécessaire, de prélèvements cutanés. Son diagnostic repose donc sur la détection de ces acariens, de leurs œufs ou de leurs excréments par le biais de prélèvements cutanés ou d'autres méthodes d'analyse. Une évaluation approfondie est essentielle pour confirmer la présence de la maladie et pour garantir un traitement adéquat. En cas de soupçon d'infection à la scabiose, il est préférable de consulter un professionnel de la santé pour une évaluation précise et un traitement approprié [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

I.5.4. Germes en cause

La maladie de la scabiose est provoquée par un parasite microscopique, et non par des bactéries ou des germes. Le parasite responsable est *Sarcoptes scabiei*.

Sarcoptes scabiei est un acarien minuscule, blanc, de forme ovale, qui infeste la couche superficielle de la peau humaine. C'est un type de parasite arachnide, sans séparation entre le thorax et l'abdomen. Le mâle mesure 0,15 mm sur 0,20 mm et la femelle, plus grosse, 0,30 mm sur 0,40 mm. Il est donc impossible de le voir à l'œil nu [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

Cet acarien a un cycle de vie complexe et se propage par contact direct entre les individus. Les femelles creusent de petits sillons sous la peau, pondent des œufs et se nourrissent de cellules cutanées. Les excréments de ces acariens, ainsi que leurs œufs et larves, provoquent une réaction allergique dans la peau, ce qui entraîne les symptômes caractéristiques de la scabiose, tels que les démangeaisons, les éruptions et lésions cutanées [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

Le traitement de la scabiose visera donc à éliminer ces acariens de la peau pour soulager les symptômes et guérir l'infection.

I.5.5. Mécanismes de contamination ou physiopathologie

MECANISMES DE CONTAMINATION

Contact direct : La principale voie de transmission de la scabiose est le contact direct de peau à peau avec une personne infectée. Lorsque deux personnes se touchent, que ce soit par le biais de poignées de main, d'étreintes, de rapports sexuels ou même de simples contacts rapprochés, les acariens peuvent se déplacer d'une personne à l'autre.

Partage d'objets personnels : Les acariens de la gale peuvent survivre temporairement à l'extérieur du corps humain. Si une personne infectée a été en contact avec des objets personnels tels que des vêtements, des serviettes, des draps, des brosses à cheveux ou des jouets, les acariens peuvent s'y trouver. Si une personne non infectée entre en contact avec ces objets, elle peut donc contracter la maladie.

Transmission indirecte : Dans de rares cas, la maladie peut se propager par contact indirect (par exemple, si une personne utilise des vêtements ou des articles contaminés par une personne infectée).

Voici comment le parasite provoque la maladie :

Le *Sarcoptes scabiei* femelle creuse des galeries dans la couche superficielle de la peau, dans lesquelles elle pond ses œufs. Ces galeries sont souvent appelées "sillons scabieux". **Les œufs** éclosent en quelques jours, donnant naissance à des larves. **Les larves** se transforment en nymphes, puis en adultes, au fur et à mesure qu'elles se développent dans la peau de l'hôte. **Les acariens adultes** mâles et femelles se reproduisent, et le cycle continue. Les acariens et leurs excréments (qui contiennent des protéines particulièrement irritantes pour la peau) provoquent une réaction allergique dans la peau de l'hôte, ce qui entraîne des démangeaisons intenses, des éruptions cutanées, des rougeurs et d'autres symptômes caractéristiques de la scabiose [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA SCABIOSE

L'acarien femelle fécondée, creuse un sillon dans la couche cornée de l'épiderme de l'hôte infecté, à la limite de la couche granuleuse. Son anatomie est telle que tout mouvement de recul lui est impossible. Elle creuse donc des galeries à la vitesse de 2 à 3 millimètres par jour, sans possibilité de retour, en laissant derrière elle des excréments et des œufs. Les œufs sont pondus sur le plancher du sillon à partir du 4^{ème} jour suivant l'accouplement. La ponte dure 1 à 2 mois (c'est-à-dire pendant la durée de vie de la femelle), généralement à raison de 2 à 3 œufs par jour, soit au total 40 à 60 œufs, mais cela peut aller jusqu'à 180. Au bout de 3 à 4 jours, les œufs éclosent en donnant naissance à des larves hexapodes qui quittent le sillon pour gagner la surface de la peau afin de trouver un pli coupé ou un follicule pileux. Après trois mues, soit 10 à 14 jours après la ponte, elles deviennent adultes. À ce stade, les sarcoptes des deux sexes mesurent environ 0,25 mm. Il y a alors accouplement entre les mâles et les femelles à la surface de la peau. À la suite de la fécondation, les femelles s'enfouissent sous la peau pour se nourrir

et pondre leurs œufs, tandis que les mâles meurent peu de temps après [12, 13, 15].

Ce parasite se nourrit du contenu des cellules épidermiques de son hôte. Sa salive contient des enzymes protéolytiques qui digèrent les cellules et lui permet ainsi d'ingérer la substance semi-liquide qui en résulte. Il est difficile pour le sarcopte de vivre en dehors de son hôte (1 à 4 jours). Les larves ou les œufs peuvent survivre plus longtemps (10 jours), mais leur implication dans la propagation de la scabiose n'est possible que s'ils sont en très grand nombre. En revanche, les sarcoptes se trouvant dans des squames tombées de la peau du malade sont quelque peu protégés de la dessiccation et peuvent résister plus longtemps. Il semble que le temps de survie dépende de l'humidité ambiante. Une humidité et une température basses la maintiennent, tandis qu'une faible humidité et une température élevée entraînent rapidement la mort de l'acarien. Lorsque la température est inférieure à 15°C, le parasite devient immobile. Entre 25 et 30°C, l'acarien femelle est très mobile. En revanche, le sarcopte meurt lorsque la température est supérieure à 55°C [12, 13, 15].

Il est important de noter que la scabiose est une affection cutanée hautement contagieuse. Elle peut toucher n'importe qui. Une fois déterminée, un traitement approprié est nécessaire pour éliminer les acariens et mettre fin à l'infestation. Une compréhension complète de ces mécanismes de contamination et de la physiopathologie est essentielle pour le diagnostic et la gestion efficace de la scabiose.

PRISE EN CHARGE GLOBALE

La prise en charge globale de la scabiose implique plusieurs étapes, allant de la confirmation du diagnostic, au traitement et à la prévention de la propagation de l'infection.

Un diagnostic précis est essentiel pour commencer le traitement. Cela implique une évaluation médicale complète, y compris un examen physique, des tests médicaux, et parfois un prélèvement cutané pour confirmer la présence d'acariens. La prise en charge de la maladie comprend plusieurs étapes importantes :

1. Confirmation du diagnostic : le premier pas est de confirmer le diagnostic de la maladie par un professionnel de la santé. Cela peut impliquer un examen clinique, des tests médicaux, des prélèvements cutanés pour examen microscopique, et parfois des tests de confirmation [15, 16, 17, 18].

2. Traitement : une fois le diagnostic confirmé, le traitement est essentiel pour éliminer les acariens et arrêter la propagation de l'infection. Les principaux éléments du traitement de la scabiose comprennent :

- **L'application d'un médicament anti-scabieux :** un médicament topique, généralement une lotion ou une crème, est appliquée sur l'ensemble du corps, de la tête aux pieds. Il est important de suivre attentivement les instructions du professionnel de la santé pour l'application correcte du médicament. Les médicaments anti-scabieux utilisés comprennent la Perméthrine, le Benzoate de Benzyle, l'Ivermectine orale ou le soufre accéléré. Le choix du médicament dépendra des recommandations du médecin et des préférences du patient [15, 16, 17, 18].

- **Le traitement des zones spécifiques** : certaines zones du corps, comme le visage, le cuir chevelu et les organes génitaux, doivent nécessairement faire l'objet d'une attention particulière. Le médecin peut prescrire des médicaments spécifiques pour ces zones [15, 16, 17, 18].
- **Le traitement des contacts proches** : toutes les personnes vivant sous le même toit ou ayant eu un contact étroit avec la personne infectée doivent être traitées en même temps pour prévenir la ré-infestation. Cela inclut les membres de la famille, les partenaires sexuels et les colocataires [15, 16, 17, 18].
- **Le lavage des objets personnels** : pour éviter la ré-infestation, il est essentiel de laver ou de désinfecter tous les objets personnels qui ont pu être en contact avec la personne infectée. Cela comprend les vêtements, les serviettes, la literie, les peignes, les brosses, les jouets en peluche, etc. Il est recommandé de laver ces articles à une température élevée [15, 16, 17, 18].
- **Le nettoyage de l'environnement** : il est recommandé de nettoyer l'environnement domestique pour éliminer les éventuels acariens survivants (aspirer les tapis, le rembourrage des meubles et les rideaux). Les articles qui ne peuvent pas être lavés peuvent être placés dans un sac en plastique scellé pendant quelques jours pour tuer les acariens [15, 16, 17, 18].

3. La prévention : pour prévenir la scabiose, il est essentiel d'éviter tout contact direct avec une personne atteinte de la maladie et de ne pas partager d'objets personnels. La prévention est particulièrement importante dans les institutions telles que les écoles, les garderies et les établissements de soins de santé [15, 16, 17, 18].

4. Le suivi médical : il est recommandé de suivre les conseils du médecin ou du professionnel de la santé pour s'assurer que le traitement a été efficace et pour surveiller les symptômes [15, 16, 17, 18].

En résumé, la scabiose est une maladie contagieuse et il est donc important de prendre des mesures immédiates pour la traiter et éviter sa propagation. La conduite à tenir consiste en un traitement approprié, à laver les objets personnels et à prévenir la ré-infestation. En cas de doute ou de symptômes persistants, il est conseillé de consulter un professionnel de la santé pour une évaluation et des conseils supplémentaires.

Le traitement de la scabiose implique généralement l'application d'une lotion ou d'une crème anti-scabieuse sur tout le corps, suivie d'un nettoyage soigneux des vêtements, de la literie et des objets personnels pour éviter une ré-infestation. Il est essentiel de traiter toutes les personnes vivant sous le même toit en même temps pour éviter la propagation continue de l'infection [15, 16, 17, 18].

I.6. Le demandeur d'asile ou demandeur de la protection internationale

I.6.1. Définition

Un demandeur d'asile est une personne qui a quitté son pays d'origine en raison de craintes fondées de persécution, de violence, de guerre, de conflits, de violations des droits de l'homme ou d'autres menaces graves pour sa sécurité ou à sa vie. Ces individus recherchent alors refuge et protection dans un autre pays en demandant le statut de réfugié, qui est généralement accordé aux personnes qui satisfont aux critères énoncés dans les lois et conventions internationales sur les réfugiés [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

Voici quelques éléments clés à prendre en compte concernant le demandeur d'asile :

I.6.2. Motifs de la demande d'asile

Les raisons pour lesquelles une personne devient un demandeur d'asile peuvent varier considérablement. Il peut s'agir de persécution en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social particulier ou de ses opinions politiques. Les demandeurs d'asile peuvent également fuir des conflits armés, des violences généralisées, des catastrophes naturelles ou d'autres situations de danger. Les demandeurs d'asile cherchent refuge dans un autre pays parce qu'ils estiment qu'ils sont en danger dans leurs pays d'origine [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

I.6.3. Processus de demande d'asile

Le processus de demande d'asile implique généralement de soumettre une demande aux autorités compétentes du pays d'accueil. Les demandeurs d'asile doivent présenter des preuves de leur besoin de protection et de leurs craintes de persécution. Ce processus peut varier d'un pays à l'autre, mais il est généralement encadré par des lois nationales et des obligations internationales. Chaque pays a ses propres procédures pour examiner les demandes d'asile. Ces procédures incluent généralement des entretiens avec les demandeurs d'asile, l'évaluation de la crédibilité de leurs récits, et l'examen des preuves de persécution ou de craintes de persécution. Cette procédure vise donc à déterminer si la personne répond aux critères internationaux pour être reconnue en tant que réfugié [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

I.6.4. Processus d'asile et protection internationale

La protection des demandeurs d'asile est régie par des conventions internationales clés, notamment la Convention relative au statut des réfugiés de 1951 et son protocole de 1967. Ces traités définissent les droits et les devoirs des États envers les réfugiés et établissent des normes internationales pour la protection des demandeurs d'asile. Les réfugiés et les demandeurs d'asile ont certains droits et responsabilités en vertu du droit international et des lois nationales du pays hôte. Cela peut inclure le droit à la sécurité, à un logement, à l'éducation et à l'accès aux soins de santé, ainsi que l'obligation de respecter les lois du pays d'accueil [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

I.6.5. Statut de réfugié

Si une demande d'asile est acceptée, le demandeur reçoit le statut de réfugié, ce qui lui confère un certain nombre de droits et de protections dans le pays d'accueil. Ces droits peuvent inclure l'accès à l'éducation, aux soins de santé, à un travail, et la possibilité de vivre en sécurité sans craindre d'être renvoyé dans son pays d'origine [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9,11].

Critères d'obtention du statut de réfugié

Les critères d'obtention du statut de réfugié sur le plan international sont établis dans la Convention relative au statut des réfugiés de 1951 et son protocole de 1967, qui forment la base du droit international des réfugiés. Pour obtenir le statut de réfugié, une personne doit avoir une crainte bien fondée de persécution, en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social particulier, ou de ses opinions politiques [7, 9, 11].

Ces critères sont essentiels pour déterminer si une personne peut être reconnue en tant que réfugiée en vertu du droit international. Il est important de noter que chaque pays peut avoir sa propre législation nationale pour gérer les demandes d'asile, mais ces critères fondamentaux forment le socle du droit international relatif aux réfugiés. Ils forment donc la base du droit international des réfugiés et sont largement reconnus dans le monde entier [7, 9, 11].

Au niveau européen, les critères d'obtention du statut de réfugié sont en grande partie harmonisés grâce à la législation et aux normes de l'Union européenne (UE) qui sont conformes à la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés et à son protocole de 1967. Ces critères sont applicables dans toute l'UE, conformément à la législation européenne, notamment la Directive Qualification, la Directive Procédures et la Directive Accueil. Cependant, chaque pays membre de l'UE peut mettre en œuvre ces critères conformément à ses propres lois et procédures nationales. La jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) joue également un rôle dans l'interprétation et l'application de ces critères [7, 9, 11].

En plus de ces critères fondamentaux, l'UE a mis en place un système d'asile commun qui comprend des normes communes pour la procédure d'asile, les conditions d'accueil et la reconnaissance du statut de réfugié. Cela vise à garantir une application cohérente des critères dans tous les États membres de l'UE. Cependant, chaque pays bénéficie encore d'une certaine latitude pour appliquer ces normes de manière spécifique en fonction de ses lois nationales [7, 9, 11].

En Belgique, les critères d'obtention du statut de réfugié sont en grande partie conformes aux normes internationales et européennes en matière de droit d'asile (Convention relative au statut des réfugiés de 1951).

La demande d'asile est d'abord examinée par l'Office des Étrangers, qui est l'organisme responsable du traitement des demandes d'asile. Les demandeurs d'asile doivent passer des entretiens et fournir des éléments de preuve pour étayer leur demande. Si la demande est rejetée en première instance, le demandeur a la possibilité de faire appel de la décision devant le Conseil du Contentieux des Étrangers (CCE), une juridiction administrative belge [7, 9, 11]. Nous reviendrons plus en détail sur cette procédure.

Les principaux critères pour obtenir ce statut sont les suivants :

- ***Raison de crainte de persécution :***

Pour être reconnue comme réfugié, une personne doit avoir une crainte bien fondée de persécution impliquant l'un des cinq motifs suivants :

Race : Persécution en raison de la race, de la couleur de peau, de l'ascendance ou de l'origine ethnique.

Religion : Persécution en raison de la religion ou des croyances religieuses.

Nationalité : Persécution en raison de la nationalité ou de l'appartenance à un certain groupe ethnique ou national.

Appartenance à un groupe social particulier : Persécution en raison de l'appartenance à un groupe social particulier, tel que les minorités sexuelles, les femmes victimes de violence domestique et sexuelle, ou d'autres groupes sociaux vulnérables.

Opinions politiques : Persécution en raison des opinions ou des activités politiques.

- ***Raisons objectivant la crainte :***

La crainte de persécution doit être bien fondée, c'est-à-dire que la personne doit avoir des raisons objectives de craindre la persécution si elle retourne dans son pays d'origine. Cette crainte doit être basée sur des preuves crédibles et plausibles.

- ***Lien de causalité :***

La persécution doit être liée à l'une des raisons mentionnées ci-dessus.

- ***Non-protection du pays d'origine :***

Le demandeur d'asile doit démontrer que le gouvernement de son pays d'origine est incapable ou refuse de le protéger contre la persécution, ou qu'il est impliqué dans la persécution.

- ***Absence d'alternative interne :***

Le demandeur doit également démontrer qu'il n'y a pas de lieu sûr à l'intérieur de son propre pays où il pourrait se réfugier pour échapper à la persécution.

- ***Absence de responsabilité criminelle :***

Le demandeur ne doit pas être exclu du statut de réfugié en raison de sa participation à des crimes graves, tels que les crimes de guerre, les crimes contre l'humanité ou les actes terroristes.

- ***Application individuelle :***

Chaque demande d'asile est individuelle. Le demandeur doit présenter son propre cas et démontrer que ses craintes de persécution sont personnelles.

Cependant, il peut y avoir des variations spécifiques propres à la législation belge en ce qui concerne les procédures d'asile et d'autres aspects du système d'asile.

En résumé, les critères sont définis en vertu de la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés et du Protocole de 1967, qui constituent le cadre juridique international pour la protection des réfugiés. Néanmoins, chaque pays peut interpréter et appliquer ces critères de manière légèrement différente en fonction de sa législation nationale. De plus, certains gouvernements peuvent reconnaître des catégories de réfugiés supplémentaires ou des motifs de protection complémentaires en dehors de la Convention de Genève [11].

I.6.6. Durée du statut de réfugié :

Le statut de réfugié n'est pas nécessairement permanent, et il peut être révisé ou révoqué si les conditions changent dans le pays d'origine du réfugié, si le demandeur d'asile acquiert une nouvelle nationalité, ou pour d'autres raisons légales [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

I.6.7. Réinstallation

Dans certains cas, lorsque la protection dans le pays d'accueil n'est pas possible ou suffisante, les demandeurs d'asile peuvent être réinstallés dans un autre pays. La réinstallation est une procédure qui permet aux réfugiés de trouver un lieu de refuge durable [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

I.6.8. Protection contre le refoulement

Le principe de non-refoulement est un élément central du droit d'asile, interdisant aux États de renvoyer une personne dans un pays où elle risque d'être persécutée. Cela garantit aux demandeurs d'asile d'être reconnus en tant que réfugiés et de ne pas être renvoyés vers des situations dangereuses [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

I.6.9. Motifs de migration

La migration est un phénomène complexe qui peut être motivé par une grande variété de raisons. Voici une liste des principaux motifs ou mobiles de migration recensés :

a) Motifs économiques :

- **Recherche de meilleures opportunités d'emploi :** de nombreuses personnes migrent pour trouver un travail rémunéré de manière plus stable et plus lucrative. Cela peut impliquer des migrations internes ou internationales [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].
- **Amélioration des conditions de vie :** la recherche d'une meilleure qualité de vie, qui peut inclure un meilleur accès aux soins de santé, à l'éducation et à d'autres services [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

- **Réduction des inégalités économiques** : les inégalités économiques régionales ou nationales peuvent pousser les gens à chercher des endroits offrant de meilleures perspectives économiques [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

b) Motifs politiques et de sécurité :

- **Fuir la persécution** : les personnes persécutées en raison de leur origine ethnique, de leur religion, de leur appartenance à un groupe social particulier ou de leurs opinions politiques peuvent chercher refuge ailleurs [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].
- **Fuir les conflits et la violence** : les guerres civiles, les conflits armés et la violence dans leur région d'origine peuvent forcer les gens à migrer pour échapper aux dangers [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].
- **Instabilité politique** : l'instabilité politique, les violations des droits de l'homme et l'insécurité peuvent également être des motifs de migration [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

c) Motifs environnementaux :

- **Changements climatiques** : les conséquences des changements climatiques, telles que la montée du niveau de la mer, les catastrophes naturelles, la sécheresse ou les inondations, peuvent contraindre les populations à migrer, parfois de manière permanente [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].
- **Dégradation de l'environnement** : la perte de terres arables, la désertification ou la dégradation de l'environnement peuvent rendre les lieux de résidence antérieurs inhabitables. Les catastrophes telles que les tremblements de terre, les inondations, les ouragans, etc., peuvent contraindre les gens à fuir leur lieu de résidence [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

d) Motifs familiaux et personnels :

- **Réunification familiale** : les membres d'une famille séparés géographiquement peuvent migrer pour se réunir [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].
- **Éducation** : les individus peuvent migrer pour poursuivre des études supérieures dans un autre pays [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].
- **Mariage** : les mariages transnationaux, mixtes ou les partenariats internationaux peuvent entraîner la migration de l'un des conjoints vers le pays de l'autre [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

e) Motifs démographiques et socioculturels :

- **Démographie** : le taux de natalité, la croissance de la population et la répartition géographique peuvent influencer la migration. Les soins de santé de qualité peuvent motiver la migration de personnes nécessitant un traitement médical spécifique [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

- **Facteurs culturels et linguistiques** : les personnes peuvent être attirées par des endroits avec lesquels elles partagent des liens culturels ou linguistiques. Certains individus migrent pour préserver leur identité culturelle ou religieuse, ou pour pratiquer leur religion en toute liberté [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

f) Motifs d'opportunités d'amélioration de compétences :

- **Migration de cerveaux** : les professionnels qualifiés, comme les médecins, les ingénieurs ou les chercheurs, peuvent migrer vers des endroits offrant de meilleures opportunités d'emploi ou de recherche [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].
- **Migration de travailleurs saisonniers** : certaines industries, comme l'agriculture, recrutent des travailleurs saisonniers étrangers pour répondre à des besoins ponctuels [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

g) Motifs de la traite des êtres humains :

Certaines personnes sont victimes de la traite des êtres humains, contraintes de migrer pour des raisons d'exploitation sexuelle, de travail forcé ou d'autres formes d'exploitation.

Il est essentiel de noter que ces motifs de migration peuvent souvent se chevaucher, et de nombreuses migrations sont le résultat de plusieurs facteurs combinés. De plus, les politiques nationales et internationales, ainsi que les lois sur l'immigration, jouent un rôle majeur dans la façon dont les migrants sont traités et dans leur capacité à trouver un refuge ou une nouvelle opportunité dans un autre pays. La situation politique, économique et environnementale dans un pays peut évoluer avec le temps, ce qui peut influencer les motifs de migration. Pour résumer, la migration est un sujet complexe et multifacette, étroitement lié aux enjeux sociaux, économiques, politiques et environnementaux variant ainsi d'une personne à l'autre [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

I.6.10. Procédures et mécanismes de demande d'asile en vigueur en Belgique en comparaison avec l'Europe

Comme vu précédemment, les procédures liées à la demande d'asile en Belgique sont en grande partie conformes aux normes et directives établies au niveau de l'UE, en vertu du droit d'asile européen commun. Cependant, il peut y avoir des différences spécifiques d'un pays à l'autre en fonction de la législation nationale et de la manière dont les autorités nationales mettent en œuvre ces normes [7, 9, 11].

Voici une vue d'ensemble des procédures liées à la demande d'asile en Belgique, comparées à celles de l'Europe en général :

a) Procédures de demande d'asile en Belgique :

- ✓ **Introduction de la demande** : une personne qui souhaite demander l'asile en Belgique doit d'abord introduire une demande auprès de l'Office des Étrangers, qui est l'organisme responsable du traitement des demandes d'asile [7, 9, 11].

- ✓ **Enregistrement et entretien initial** : après avoir introduit une demande, le demandeur est enregistré et soumis à un entretien initial au centre d'accueil où il est hébergé. L'entretien permet de recueillir des informations de base sur la demande [7, 9, 11].
- ✓ **Transfert vers un centre d'accueil** : les demandeurs d'asile sont habituellement transférés vers un centre d'accueil, où ils bénéficient d'un hébergement, de services sociaux, et de conseils sur la procédure. Ils ont également accès à des soins de santé, à l'éducation pour leurs enfants, et à un soutien financier minimal. [7, 9, 11].
- ✓ **Entretien détaillé** : les demandeurs d'asile passent ensuite un entretien détaillé avec l'Office des Étrangers. Au cours de cet entretien, ils sont invités à fournir les informations complètes sur les raisons de leur demande d'asile [7, 9, 11].
- ✓ **Décision de l'Office des Étrangers** : sur base de l'entretien et des éléments de preuve fournis, l'Office des Étrangers prend une décision initiale concernant la demande d'asile. Si la demande est rejetée, le demandeur a la possibilité de faire appel. La durée des procédures peut varier, mais les autorités belges s'efforcent de traiter les demandes d'asile de manière efficace et équitable [7, 9, 11].
- ✓ **Recours devant le Conseil du Contentieux des Étrangers (CCE)** : si la demande d'asile est rejetée en première instance, le demandeur peut introduire un recours devant le CCE ou le Conseil d'État selon le cas [7, 9, 11].
- ✓ **Procédure Dublin** : en vertu des accords de Dublin, la Belgique peut transférer un demandeur d'asile vers un autre pays européen s'il estime que cet autre pays est responsable de l'examen de la demande [7, 9, 11].

b) Procédures de demande d'asile en Europe en général :

Les procédures d'asile en Europe sont principalement régies par la législation et les normes de l'UE, notamment la Directive Qualification, la Directive Procédures et la Directive Accueil. Ces directives visent à harmoniser les procédures d'asile au sein de l'UE. Voici quelques caractéristiques générales :

- ✓ **Principe de non-refoulement** : tous les pays de l'UE sont tenus de respecter le principe de non-refoulement, ce qui signifie qu'ils ne peuvent pas renvoyer un demandeur d'asile vers un pays où sa vie ou sa sécurité serait en danger [7, 9, 11].
- ✓ **Procédures équitables** : les demandeurs d'asile ont le droit à une procédure équitable, y compris le droit d'être entendus et le droit de faire appel d'une décision négative [7, 9, 11].
- ✓ **Reconnaissance mutuelle** : les décisions de statut de réfugié prises dans un pays de l'UE sont généralement reconnues par d'autres pays membres [7, 9, 11].
- ✓ **Système Eurodac** : Eurodac est un système européen de comparaison des empreintes digitales pour déterminer dans quel pays un demandeur d'asile a déjà introduit une demande [7, 9, 11].

Généralement en Europe, les demandes d'asile peuvent être déposées dans le pays d'entrée ou dans le premier pays où la personne cherche l'asile, conformément au règlement de Dublin, bien que des réformes visant à répartir plus équitablement la responsabilité de l'asile soient en cours. Si les procédures d'enregistrement et d'entretien initial peuvent varier, l'objectif est de collecter des informations sur les raisons de la demande d'asile. Les procédures comprennent généralement un examen approfondi des motifs de la demande. Les procédures d'appel varient d'un pays à l'autre, mais la possibilité de recours est un principe fondamental du droit d'asile en Europe. Les normes de conditions de vie et d'accès aux services varient en fonction de la législation nationale, mais les pays de l'UE sont tenus de respecter les droits fondamentaux des demandeurs d'asile. La durée des procédures peut également varier considérablement d'un pays à l'autre, en fonction de la charge de travail et d'autres facteurs. Cependant, des différences subsistent entre les pays membres de l'UE en ce qui concerne les délais de traitement, les conditions d'accueil, et la manière dont les entretiens et les appels sont menés. Chaque pays a aussi sa propre jurisprudence et ses propres pratiques. Les procédures d'asile peuvent donc varier d'un pays à l'autre, y compris en Belgique, malgré l'harmonisation globale au sein de l'UE [7, 9, 11].

Il est important de noter que la politique d'asile et les procédures évoluent et peuvent être influencées par les réformes législatives, les accords internationaux et les développements politiques. Par conséquent, il est essentiel que les demandeurs d'asile ou leurs représentants légaux soient informés des lois et des procédures en vigueur dans le pays où ils souhaitent déposer leur demande.

II. METHODOLOGIE

II.1. Lieu de recherche

L'étude a été réalisée au centre d'enregistrement des populations migrantes demandeuses de la protection internationale dite PACHECO – BRUXELLES, sise au Boulevard Pacheco 42 - 44 à 1000 Bruxelles. Un centre médical est implémenté au sein du bâtiment sous la responsabilité de FEDASIL. Il collabore avec certaines organisations et associations, pour assurer les activités des soins de santé primaire ou de première ligne en faveur des bénéficiaires. Ces associations travaillent elles-mêmes en partenariat avec des institutions sanitaires en Région Bruxelles-Capitale, comme la COCOM et SCIENSANO, la Clinique Saint-Jean, le CHU Saint-Pierre, les Cliniques universitaires Saint-Luc, La Plateforme VIH-SIDA, le FARES, les laboratoires CEBIODIS ainsi que certaines pharmacies bruxelloises. Durant notre période d'étude, allant du 02 octobre 2022 au 30 juin 2023, c'est l'Organisation non gouvernementale Médecins Sans Frontières (MSF), puis la Croix-Rouge de Belgique, qui était responsable et gestionnaire des activités de santé qui se déroulaient au sein dudit centre, financé par FEDASIL.

Tout patient vulnérable (demandeur d'asile ou pas), ayant ou non une adresse reconnue à Bruxelles et en besoin de soins de santé, y est reçu pour une consultation curative et préventive les jours ouvrables par une équipe pluridisciplinaire, lui assurant ainsi un accompagnement et une prise en charge médicale globale.

II.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale à visée analytique en série de cas cliniques consécutive aux patients reçus, et la période d'étude s'étendait du 02 octobre 2022 au 30 juin 2023.

II.3. Stratégie d'échantillonnage

II.3.1. Les unités statistiques

Les unités statistiques étaient les patients demandeurs d'asile ou autres patients vulnérables.

II.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion dans la recherche

- **Critères d'inclusion** : l'ensemble des patients demandeurs d'asile ou autres patients vulnérables admis dans le centre médical Pacheco ; durant la période d'étude et ce, quelle que soit leur provenance. Il faut également qu'ils soient enregistrés et répertoriés dans la base de données anonymisée par le logiciel *ActivityInfo* utilisée par MSF.

- **Critères d'exclusion** : les patients qui ne sont pas enregistrés et répertoriés dans la base de données anonymisée par le logiciel *ActivityInfo* durant la période de notre étude.

II.3.3. Taille de l'échantillon

Nous avons utilisé des données secondaires provenant de différents cas cliniques enregistrés à partir de la base de données anonymisée du centre médical PACHECO. Nous avons filtré les patients reçus durant la période de notre étude, par rapport à nos critères d'inclusion et d'exclusion, pour obtenir un échantillonnage exhaustif. Au total, nous avons collecté les informations de 2.095 patients demandeurs d'asile et autres vulnérables. Le volume de la sélection des patients a été jugé suffisant compte tenu de la représentativité des patients reçus en consultation, soit 2.095 cas sur un total de 2.485 enregistrés [5].

II.4. Liste des variables et définition opérationnelle

II.4.1. Facteur ou variable dépendant(e)

Le facteur dépendant dans cette étude, c'est le diagnostic clinique de la scabiose (gale). Il s'agit d'une variable dichotomique mesurée à l'échelle nominale et qui est exprimée en deux modalités : patient scabieux et patient non scabieux [5].

II.4.2. Facteurs ou variables indépendant(e)s

Les variables explicatives traduisent les différents facteurs qui favorisent le développement de la scabiose auprès des patients migrants. A cet effet, nous avons identifié quelques variables d'intérêts dans la base de données exploitée :

- Age** : c'est l'âge du patient enregistré au dernier anniversaire. C'est une variable qui a été collectée à l'échelle d'intervalle puis catégorisée en 2 modalités : l'âge mineur (< 18 ans) et l'âge adulte ou majeur (> 18 ans). Dans la régression logistique univariée et multivariée, l'âge adulte (>18 ans) a été retenu comme référence pour faire les analyses.
- Sexe** : c'est une variable nominale catégorisée en 2 modalités : homme et femme. Pour effectuer nos analyses en régression logistique, nous avons retenu le sexe féminin comme référence.
- La région d'origine** : l'origine des patients a été regroupée par région. Cela a permis de dégager 5 regroupements régionaux, considérés comme modalités dans cette étude : Afrique subsaharienne, Moyen-Orient, Asie Mineure, Europe de l'Est ou autre origine. L'Afrique subsaharienne a été retenue comme référence pour nos analyses en régression logistique univariée et multivariée.

- d. **L'adresse à Bruxelles** : c'est le fait de déterminer une identité liée au logement à Bruxelles. Elle a été catégorisée en 2 modalités : soit le patient a une adresse reconnue et enregistrée à Bruxelles (centre d'accueil ou autre hébergement), soit il n'en a pas (sans domicile fixe ou vivant dans la rue). Avoir une adresse a été retenue comme référence pour nos analyses en régression logistique univariée et multivariée.
- e. **La langue parlée (barrière linguistique)** : elle regroupe d'une part les patients qui parlent les langues nationales et usuellement utilisées à Bruxelles et, d'autre part, ceux qui parlent d'autres langues. Elle a été classée en quatre modalités : le français, l'anglais, l'arabe ou les autres langues.

La "présence d'une barrière linguistique" se rapporte au fait de ne pas connaître au moins l'une des langues nationales et officielles utilisées à Bruxelles, et qui impliquerait un niveau d'éducation considéré comme bas (élémentaire) dans notre étude. A l'inverse, l'"absence d'une barrière linguistique" est le fait de parler au moins une langue nationale et officielle utilisée couramment à Bruxelles et qui impliquerait du niveau d'éducation considéré comme haut (supérieur) dans notre étude. Pour les analyses en régression logistique univariée et multivariée, le français a été retenu comme référence.

- f. **L'accès aux soins de santé** : Lorsque le patient a accès aux soins, cela signifie qu'il bénéficie de la prise en charge médicale via le gouvernement (Fedasil, CPAS), les associations ou organisations (Croix-Rouge, Médecins Sans Frontières ou autres) et en cas d'urgence médicale via l'aide médicale d'urgence (AMU). Dans le cas contraire, il est considéré comme n'ayant pas accès aux soins. Cette variable a été catégorisée en 2 modalités : avoir accès aux soins et ne pas avoir accès aux soins de santé. Dans le cadre de nos analyses en régression logistique univariée et multivariée, « avoir accès aux soins » a été retenu comme référence.

II.5. Traitement et analyse statistique

Nous avons procédé à une analyse secondaire sur la base des données anonymisées du logiciel *ActivityInfo*, utilisée par le serveur de Médecins Sans Frontières, et encodées grâce au programme Excel 2010. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel **STATA** version 17.0 (64 bits).

Des analyses univariées ont été réalisées sur les différentes variables d'intérêt afin d'obtenir des statistiques descriptives, telles que des proportions et qui ont été présentées sous forme des tableaux.

Des analyses multivariées ont été également réalisées afin d'examiner les associations entre les variables indépendantes et le diagnostic clinique de la scabiose chez les patients ayant fréquenté le centre de santé. Le test du chi-carré de Pearson dans les régressions logistiques univariées et multivariées a été utilisé pour rechercher un facteur d'association directe ou indirecte afin de répondre à notre question de recherche.

Le seuil statistiquement significatif a été considéré pour une P-valeur inférieure ou égale à 0,05

(P-valeur $<$ ou $= 0,05$).

Les variables avec une P-valeur inférieure à 0,05 en régression logistique univariée ont été incluses dans l'analyse de régression logistique multivariée. L'analyse multivariée dans la régression logistique a été réalisée pour identifier les facteurs indépendants les plus caractéristiques de notre sélection de patients, qui sont associés à la scabiose et ceux dits confondants dans cette relation de cause à effet, pour mieux répondre à notre question de recherche.

Les rapports de cote, ou *odds ratio* (OR), bruts et ajustés avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%) étaient utilisés pour mesurer la force de l'association entre les variables.

II.6. Considération éthique

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale à visée analytique en série de cas cliniques consécutive aux patients sélectionnés durant une période définie, n'étant pas soumise à la loi pour une approbation du comité d'éthique. L'analyse des données de l'étude est secondaire à la collecte des données anonymisées préétablies grâce au logiciel *ActivityInfo* sur le serveur de Médecins Sans Frontières.

Pour pouvoir accéder et utiliser cette base de données, nous avons adressé une demande à la coordination médicale MSF du centre opérationnel belge à Bruxelles (OCB-MSF), et un accord favorable nous a été retourné. C'est ainsi que le coordinateur médical et son équipe ont mis à notre disposition tous les outils de travail nécessaires à la réalisation de cette étude.

Les données anonymisées collectées et obtenues ont été utilisées strictement à des fins d'analyse statistique et uniquement dans le cadre de cette étude.

III. RESULTATS

III.1. Présentation et interprétation des résultats

III.1.1. Statistiques descriptives

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, SOCIOLINGUISTIQUES ET SANITAIRES DE NOS PARTICIPANTS :

Notre étude a porté sur un effectif total de 2.095 patients ayant consulté et majoritairement de sexe masculin, soit 9,7 patients sur 10 (97,1%). La tranche d'âge la plus représentée est celle supérieure à 18 ans, soit 9,7 patients sur 10 (96,8%). La majorité de nos patients provient du Moyen-Orient, soit 6,3 patients sur 10 (62,9%), et de l'Afrique subsaharienne, soit 3 patients sur 10 (30,02%).

En ce qui concerne les langues parlées par nos participants ; 4,8 participants sur 10 parlent d'autres langues non couramment utilisées en Belgique (48,3%) ; 2,5 participants sur 10 parlent arabe (24,6%) ; 2,2 participants sur 10 parlent français (22,5%) et 0,5 participant sur 10 parle anglais (4,6%).

La majorité de nos participants, soit 8,4 sur 10 (84,1%), sont sans adresse et donc vivent dans la rue. Pour ceux qui ont une adresse ; 0,5 participant sur 10 vit dans un squat (5,3%) et dans la maison d'un particulier (5,1%) ; 0,3 participant sur 10 vit dans un centre d'accueil (2,8%) ; 0,2 participant sur 10 vit dans un logement approuvé (2,3%) et quasiment aucun participant ne vit dans un logement non-approuvé, comme les hôtels (0,4%).

La grande majorité de nos participants n'a pas facilement accès aux soins de santé, soit 9 participants sur 10 (89,6%). Pour ceux ayant accès aux soins de santé : 0,5 participant sur 10 a accès aux soins via Fedasil (4,8%) ; 0,4 participant sur 10 via certaines organisations bruxelloises (4,2%) ; 0,1 participant sur 10 via des personnes privées (1,4%) et quasiment aucun participant via l'aide médicale urgente (0,05%).

Parmi les pathologies les plus rencontrées, celles dermatologiques sont majoritaires, soit 3,3 cas sur 10 patients (33,4%). La scabiose représente 2,9 cas sur 10 patients (29,1%), toutes maladies confondues. Elle constitue également le premier motif de consultation enregistré durant la période de notre étude.

Cette étude a été réalisée auprès de participants provenant de 59 pays et parlant 23 langues différentes.

En ce qui concerne l'origine de nos participants, nous constatons par ordre d'importance décroissante et en proportion que 4 patients sur 10 proviennent d'Afghanistan (39,1%) ; 2 patients sur 10 du Burundi (16,6%) ; 1 patient sur 10 de la Syrie (10,7%) et de Palestine (10,5%). La proportion des autres origines est très faible.

En ce qui concerne les langues parlées, nous constatons que 5 langues sont proportionnellement plus parlées chez nos participants, en ordre décroissant : 3 patients sur 10 parlent pashtoun (26,3%) ; 2,5 patients sur 10 parlent arabe (24,6%) ; 2,3 patients sur 10 parlent français (22,5%) ; 1 patient sur 10 parle dari (11,4%) et 0,5 patient sur 10 parle anglais (4,6%).

Les caractéristiques démographiques, sociolinguistiques et sanitaires de nos participants sont reprises dans le tableau 1, la répartition de nos participants par pays d'origine dans le tableau 2, le regroupement des pays par région d'origine de nos participants dans le tableau 3 et les différentes langues parlées dans le tableau 4.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques, sociolinguistiques et sanitaires de nos participants

Modalités	La scabiose	
	Effectif (N)	%
Sexe		
Masculin	2.034	97,1
Féminin	61	2,9
Age		
<18 ans	67	3,2
>18 ans	2.028	96,8
Région d'origine		
Afrique subsaharienne	629	30,02
Moyen-Orient	1.317	62,9
Asie Mineure	41	1,96
Europe de l'Est	54	2,58
Autres régions d'origine	54	2,58
Langues parlées		
Français	471	22,5
Anglais	97	4,6
Arabe	516	24,6
Autres langues parlées	1.011	48,3

Adresse en Belgique		
Sans adresse	1.762	84,1
Avec adresse	333	15,9
Types de logement des participants ayant une adresse		
Logement approuvé	48	2,3
Logement non approuvé	8	0,4
Maison privée	107	5,1
Centre d'accueil	59	2,8
Squat	111	5,3
Accès aux soins de santé		
Sans accès aux soins	1.877	89,6
Ayant accès aux soins	218	10,4
Moyens d'assistance médicale des participants ayant accès aux soins		
Via Fedasil	101	4,8
Via autres organisations	87	4,2
Via personne privée	29	1,4
Via carte AMU	1	0,05
Pathologies fréquemment rencontrées		
Maladies dermatologiques	700	33,4
Scabiose	610	29,1
Infection respiratoire	153	7,3
Traumatologie	112	5,4
Maladie gastro-intestinale	112	5,4
Douleur dorso-lombaire	63	3
Maladies dentaires (carie)	44	2,1
Autres pathologies	911	43,5

Tableau 2 : Répartition de nos participants par pays d'origine

Pays d'origine	Effectif (n)	%	Pays d'origine	Effectif (n)	%
Afghanistan	819	39,1	Liban	2	0,1
Albanie	4	0,2	Liberia	1	0,1
Algérie	8	0,4	Libye	2	0,1
Angola	1	0,1	Macédoine	4	0,2
Arménie	3	0,1	Maghreb	9	0,4
Azerbaïdjan	1	0,1	Mali	2	0,1
Bangladesh	2	0,1	Mauritanie	6	0,3
Belgique	4	0,2	Moldavie	7	0,3
Bénin	5	0,2	Maroc	7	0,3
Bosnie	1	0,1	Niger	14	0,7
Burkina Faso	2	0,1	Nigeria	4	0,2
Burundi	348	16,6	Apatriide	49	2,3
Cameroun	49	2,3	Pakistan	3	0,1
Tchad	1	0,1	Palestine	220	10,5
Tchéchénie	1	0,1	Roumanie	3	0,1
République tchèque	1	0,1	Russie	6	0,3
DR Congo	44	2,1	Rwanda	10	0,5
Europe de l'Est	1	0,1	Sénégal	2	0,1
Égypte	1	0,1	Serbie	3	0,1
El Salvador	1	0,1	Sierra Leone	5	0,2
Érythrée	56	2,7	Somalie	11	0,5
Éthiopie	8	0,4	Sud Soudan	2	0,1
Gambie	5	0,2	Soudan	5	0,2

Géorgie	5	0,2	Syrie	224	10,7
Ghana	3	0,1	Tanzanie	2	0,1
Guinée	37	1,8	Togo	4	0,2
Iran	15	0,7	Tunisie	3	0,1
Irak	18	0,9	Turquie	14	0,7
Israël	1	0,1	Yémen	24	1,2
Côte d'Ivoire	2	0,1			

Tableau 3 : Regroupement des pays par région d'origine de nos participants

Afrique subsaharienne				Moyen-Orient		Asie Mineure		Europe de l'Est		Autres régions	
	n		n		n		n		n		n
Angola	1	Liberia	1	Afghanistan	819	Bangladesh	2	Albanie	4	Belgique	4
Benin	5	Mali	2	Algérie	8	Irak	18	Arménie	3	El Salvador	1
Burkina Faso	2	Mauritanie	6	Égypte	1	Iran	15	Azerbaïdjan	1	Apatrides	49
Burundi	348	Niger	14	Israël	1	Pakistan	3	Bosnie	1		
Cameroun	49	Nigeria	4	Liban	2	Yémen	24	Tchéchénie	1		
Tchad	1	Rwanda	10	Libye	2			Rép.tchèque	1		
DR Congo	44	Sénégal	2	Maghreb	9			Europe Est	1		
Erythrée	56	Sierra Leone	5	Maroc	7			Géorgie	5		
Ethiopie	8	Sud Soudan	2	Palestine	220			Macédoine	4		
Gambie	5	Soudan	5	Syrie	224			Moldavie	7		
Ghana	3	Tanzanie	2	Tunisie	3			Roumanie	3		
Guinée	37	Togo	4	Turquie	14			Russie	6		
Côte d'ivoire	2	Somalie	11					Serbie	3		
629				1.310		62		40		54	

Tableau 4 : Répartition de nos participants par langues parlées

Langues parlées	Effectif (n)	%	Langues parlées	Effectif (n)	%
Albanien	2	0,1	Lingala	1	0,1
Amharique	5	0,2	Autres	50	2,4
Arabe	516	24,6	Pashtoun	550	26,3
Dari	239	11,4	Pulaar	1	0,1
Néerlandais	1	0,1	Russe	13	0,6
Anglais	97	4,6	Serbe	2	0,1
Farsi	35	1,7	Somali	4	0,2
Français	471	22,5	Espagnol	4	0,2
Géorgien	2	0,1	Swahili	15	0,7
Allemand	1	0,1	Tigrinyen	36	1,7
Kirundi	37	1,8	Turque	7	0,3
Kurde	6	0,3			

III.1.2. Caractéristiques de la prévalence de la scabiose rencontrée auprès de nos participants

Dans notre population, 610 patients, soit aussi bien 3 mineurs sur 10 (28,4%) que 3 majeurs sur 10 (29,1%), sont atteints de la scabiose. Celle-ci est significativement plus répandue et rencontrée chez les hommes, soit 3 hommes sur 10 (29,7%) que chez les femmes, soit 0,8 femme sur 10 (8,2%). 4 patients sur 10 viennent du Moyen-Orient (41,5%) ; 3 patients sur 10 sont d'origines diverses (29,6%) et 1 patient sur 10 vient d'Asie mineure (12,2%).

Notons que 3 participants sur 10 sans adresse (28,8%) sont atteints par la scabiose, de même que ceux qui ont une adresse (30,6%). L'adresse des participants n'influe donc pas significativement sur la maladie.

Nous constatons qu'en moyenne, 4 participants sur 10 atteints de la scabiose parlent d'autres langues non couramment utilisées à Bruxelles (42,1%) ; 3 participants sur 10 atteints de la maladie parlent arabe (28,9%). Seuls 2 participants sur 10 parlent anglais (17,5%) et 0,4 participant sur 10 parle français (3,8%).

Pour ceux qui n'ont pas accès aux soins, également 3 participants sur 10 sont atteints de la scabiose (29,2%). Il est important de noter que sur 10,4% de nos participants qui ont accès aux soins via différents mécanismes, 2,8 participants sur 10 sont atteints de la scabiose (28,4%).

Les caractéristiques de la prévalence de la scabiose rencontrées chez nos participants sont reprises dans le tableau 5.

Tableau 5 : caractéristiques de la prévalence de la scabiose rencontrée chez nos participants

Modalités	Prévalence de la scabiose		P-valeur
	n	%	
Sexe			<0,001
Masculin	605	29,7	
Féminin	5	8,2	
Age			0,89
<18ans	19	28,4	
>18 ans	591	29,1	
Région d'origine			<0,001
Afrique subsaharienne	41	6,5	
Moyen-Orient	544	41,5	
Asie Mineure	8	12,2	
Europe de l'Est	1	1,9	
Autres régions d'origine	16	29,6	
Langues parlées			<0,001
Français	18	3,8	
Anglais	17	17,5	
Arabe	149	28,9	
Autres langues parlées	426	42,1	
Adresse en Belgique			0,51
Sans adresse	508	28,8	
Avec adresse	102	30,6	
Accès aux soins de santé			0,82
Sans accès aux soins	548	29,2	
Avec accès aux soins	62	28,4	

P-value of Pearson's chi-square test

REGRESSION LOGISTIQUE UNIVARIEE ET MULTIVARIEE DES FACTEURS ASSOCIES A LA SCABIOSE

La régression logistique univariée et multivariée effectuée a permis d'identifier les différentes associations entre les facteurs indépendants et la scabiose chez nos participants.

En régression logistique univariée, le sexe des patients, la région de provenance et la langue parlée ont été mis en évidence comme des facteurs associés significativement à la scabiose.

Les patients de sexe masculin avaient une cote près de 5 fois plus élevée d'être atteints par la scabiose (OR=4,74 [1,89 ; 11,90]) que les patientes.

En ce qui concerne l'origine géographique, les patients en provenance du Moyen-Orient présentaient une cote 10 fois plus élevée de contracter la maladie (OR=10,2 [7,29 ; 14,24]) par rapport à ceux provenant de la région subsaharienne. Les patients originaires de régions autres que le Moyen-Orient et l'Afrique subsaharienne présentaient une cote près de 6 fois plus élevée de contracter la scabiose (OR=6,04 [3,11 ; 11,73]) par rapport à ceux de la région subsaharienne. Pour ceux provenant d'Asie Mineure, leur cote était près de 2 fois plus élevée (OR=1,99 [0,74 ; 5,35]) comparée à ceux de la région subsaharienne. En revanche, ceux d'Europe de l'Est avaient une cote presque similaire (OR=0,27 [0,04 ; 2,01]) à ceux de la région subsaharienne.

En ce qui concerne les langues parlées, les patients utilisant des langues non couramment parlées à Bruxelles présentaient une cote près de 18 fois plus élevée de contracter la maladie (OR=18,33 [11,26 ; 29,83]) par rapport à ceux s'exprimant en français. Pour ceux parlant l'arabe, la cote était 10 fois plus élevée (OR=10,22 [6,15 ; 16,98]) et pour ceux parlant anglais, elle était 5 fois plus élevée (OR=5,35 [2,64 ; 10,81]) comparée à ceux parlant français.

En analyse multivariée, après ajustement des variables, seule la variable sexe n'était plus significativement associée à la présence de la maladie. En ce qui concerne l'origine géographique, les patients originaires du Moyen-Orient présentaient une cote 4 fois plus élevée (OR=4,43 [2,87 ; 6,86]) de contracter la scabiose par rapport à ceux de la région subsaharienne. Pour les patients originaires d'autres régions, la cote était 2 fois plus élevée (OR=2,08 [1,01 ; 4,29]) comparée à ceux de la région subsaharienne. Pour les patients d'Asie Mineure et d'Europe de l'Est, leur cote était presque équivalente à celle des patients originaires de la région subsaharienne.

En ce qui concerne les langues parlées, les patients utilisant uniquement des langues non couramment parlées à Bruxelles présentaient une cote près de 6 fois plus élevée (OR=5,62 [3,06 ; 10,32]) de contracter la scabiose par rapport à ceux s'exprimant en français. Pour ceux parlant uniquement l'arabe, la cote était près de 3 fois plus élevée (OR=2,70 [1,43 ; 5,11]), et pour ceux s'exprimant uniquement en anglais, la cote était 3 fois plus élevée (OR=2,89 [1,35 ; 6,20]) comparée à ceux s'exprimant en français.

Les caractéristiques de la relation de cause à effet entre la scabiose et les facteurs associés à la maladie de nos participants sont reprises dans le tableau 6.

Tableau 6 : Facteurs associés à la scabiose parmi les participants à Bruxelles

Facteurs associés	Scabiose				Scabiose	
	Régression logistique univariée				Régression logistique multivariée	
	N	%	OR (IC 95%)	P-Valeur	OR ajusté (IC 95%)	P-Valeur
Sexe				<0,001		0,12
Masculin	2034	29,7	4,74 [1,89 ; 11,90]		2,06 [0,77 ; 5,49]	
Féminin	61	8,2	1		1	
Age				0,89		-
<18 ans	67	28,4	0,96 [0,56 ; 1,65]		-	
>18 ans	2028	29,1	1		-	
Région d'origine				<0,001		<0,001
Subsaharienne	629	6,5	1		1	
Moyen-Orient	1317	41,5	10,19 [7,29 ; 14,24]		4,43 [2,87 ; 6,86]	
Asie Mineure	41	12,2	1,99 [0,74 ; 5,35]		1,04 [0,37 ; 2,93]	
Europe de l'Est	54	1,9	0,27 [0,04 ; 2,01]		0,12 [0,02 ; 0,92]	
Autres origines	54	29,6	6,04 [3,11 ; 11,73]		2,08 [1,01 ; 4,29]	
Adresse en Belgique				0,51		-
Sans adresse	1762	28,8	0,92 [0,71 ; 1,18]		-	
Avec adresse	333	30,6	1		-	
Langue parlée				<0,001		<0,001
Français	471	3,8	1		1	
Anglais	97	17,5	5,35 [2,64 ; 10,81]		2,89 [1,35 ; 6,20]	
Arabe	516	28,9	10,22 [6,15 ; 16,98]		2,70 [1,43 ; 5,11]	-
Autres langues	1011	42,1	18,33 [11,26 ; 29,83]		5,62 [3,06 ; 10,32]	
Accès aux soins de santé				0,82		-
Sans accès	1877	29,2	1,04 [0,76 ; 1,42]		-	
Avec accès	218	28,4	1		-	

P-value of Pearson's chi-square test

IV. DISCUSSIONS

Cette étude avait pour objectif principal de déterminer certains facteurs associés qui expliqueraient la recrudescence de la scabiose chez les populations demandeuses de la protection internationale à Bruxelles. Grâce à la question de recherche, l'étude voulait comprendre s'il y avait une relation de cause à effet entre la présence massive des migrants à Bruxelles et la survenue de la scabiose sur ce territoire.

Dans cette partie, nous allons analyser les résultats obtenus au regard de la revue de la littérature scientifique, en tenant compte de nos objectifs spécifiques.

IV.1. Caractéristiques démographiques de nos patients

Les résultats de notre étude montrent que 9 personnes sur 10 sont de sexe masculin (97,1%) et majeurs (96,8%) ; que 6,3 personnes sur 10 proviennent du Moyen-Orient (62,9%) et que 3 personnes sur 10 proviennent d'Afrique subsaharienne (30,02%). Un individu de sexe masculin est plus susceptible de contracter la scabiose qu'un individu de sexe féminin. Nos résultats montrent que 3 mineurs sur 10 (28,4%) étaient atteints par la maladie, de même que 3 adultes sur 10 (29,1%).

Dans notre échantillon, la scabiose était 5 fois plus rencontrée chez les hommes (29,7%), en provenance de la région du Moyen-Orient (41,5%) et d'autres régions (29,6%).

Ces résultats sont assez similaires à ceux d'autres études réalisées en France par Sophie LAJARTHE (2011) [12], Nathalie BARACHY (2004) [13], Nelly DRABO (2016) [14] et au Cameroun par KOUOTOU E A et al. (2013) [15]. Rappelons que la scabiose étant une maladie ubiquitaire et cosmopolite, elle touche des individus de tous les sexes, de tous les âges, de tous les milieux sociaux et sur tous les continents. Dans les pays en voie de développement, 0,4 à 2,7 personnes sur 10 seraient contaminées par la maladie (4 à 27%). En France, la prévalence serait d'environ 0,7 personne sur 10 dans les maisons de retraite (6,6%) et de 1,4 personne sur 10 dans les longs séjours (14%). Plus de 2 personnes sur 10 avec des problèmes dermatologiques dans les pays tropicaux et subtropicaux (20%) seraient des cas de scabiose [13]. Selon un rapport provenant d'Edimbourg, entre 1815 et 2000, près de 0,5 patient sur 10 atteints de maladie cutanée avaient la scabiose (5%). L'incidence pendant la période de guerre était très élevée et la prévalence atteignait plus de 3 personnes sur 10, soit 30% [14].

La scabiose peut atteindre un taux de 29% dans la population générale des pays en voie de développement, ainsi que dans certaines communautés autochtones des pays développés où la prévalence reste très élevée [14].

En Amérique du Sud, au sein d'une communauté pauvre du nord du Brésil, une étude a montré que la prévalence de la scabiose était aux alentours de 8,8%. En Afrique, cette prévalence varie selon la région (faible en Tanzanie et en Égypte : 5-6% ; en Sierra Leone : 86% chez les enfants de 1 à 5 ans vivant dans les camps de déplacés). En Australie, dans certaines collectivités autochtones, la prévalence varie de 25% chez les adultes à 50% chez les enfants. En Inde, en

zone rurale, la prévalence chez les moins de 6 ans est de 13%. Au Bangladesh, une étude a montré que tous les enfants de moins de 6 ans étaient atteints de la scabiose. Aux États-Unis, d'après une étude réalisée entre 2001 et 2005, sur un échantillon d'environ 5 millions d'employés du secteur privé et leurs familles, l'incidence de la scabiose était de 68,8/100 000 habitants. En Angleterre et au pays de Galles, lors d'une étude épidémiologique réalisée auprès des médecins généralistes, analysant les données d'environ 5 millions de patients recueillis entre 1994 et 2003, on estimait l'incidence annuelle de la scabiose à 233/100 000 habitants. En Belgique, où la déclaration des maladies transmissibles (dont la scabiose) est obligatoire, d'après une étude réalisée auprès des médecins généralistes, dermatologues et pédiatres de la ville de Gand en 2004, l'incidence annuelle était de 28/100 000 habitants. En France, entre 2008 et 2010, une étude de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) montre une incidence augmentée de la scabiose de l'ordre de 10% chaque année, soit un nombre annuel de cas de scabiose estimé à 337/100 000 habitants entre 2005 et 2009 [14].

Des épidémies touchent certaines communautés comme les maisons de retraite, les hôpitaux et les gens de voyage, dont les migrants. Elles surviennent surtout lors de grands mouvements de population pendant lesquels la promiscuité et la précarité sont importantes.

Dans les pays en voie de développement, les jeunes sont plus touchés que le reste de la population générale, alors que dans les pays développés, la recrudescence de la scabiose se manifeste plutôt chez les personnes plus âgées [12, 13, 14, 15].

Toutes ces données permettent d'établir une cohérence entre nos résultats et ceux d'autres auteurs, puisque la grande majorité de nos patients, comprenant également les migrants vivant à Bruxelles, atteints de la scabiose sont des hommes (29,7%) en provenance du Moyen-Orient (41,5%), et aussi bien des mineurs (28,4%) que des majeurs (29,2%). Leurs conditions de vie et d'hygiène précaires, leur promiscuité, leur mode de vie, leur vécu quotidien ainsi que leur parcours migratoire jusqu'à Bruxelles sont propices à la propagation de la scabiose. Notons aussi que le critère médical d'exclusion d'accéder à un hébergement immédiat pour cette catégorie de population, mis en place par Fedasil, constitue une explication additionnelle à ce résultat.

IV.2. Caractéristiques sociales et linguistiques de nos patients

Les résultats montrent que 8 participants sur 10 sont sans adresse et donc vivent dans la rue (84,1%). Notons aussi que 3 participants sur 10 sans adresse sont atteints de la scabiose (28,8%), de même que 3 participants sur 10 avec adresse (30,6%). Ces résultats signifient que l'adresse, ou le milieu de vie du patient, reste indépendamment associée à l'exposition à la maladie. En d'autres termes, adresse ou pas, la scabiose est une maladie qui se retrouve partout, sans distinction particulière.

Le niveau socio-économique bas et les mauvaises conditions de vie sont des facteurs associés qui expliqueraient en partie l'existence de la scabiose au sein de cette catégorie de population. En effet, ce sont plutôt les populations pauvres, les couches sociales défavorisées de la communauté, qui sont plus exposées à cette maladie, comme cela est établi par d'autres auteurs

[12,13, 14].

Parmi ceux qui ont une adresse : 0,5 personne sur 10 vit soit dans un squat (5,3%), soit en maison de particuliers (5,1%) ; 0,3 personne sur 10 vit en centre d'accueil (2,8%) ; 0,2 personne sur 10 vit dans une structure approuvée (2,3%) et quasiment aucune personne ne vit dans une structure non-approuvée, comme dans un hôtel (0,4%). Le fait d'avoir une adresse ou un hébergement ne protège pas le participant de la maladie. Mais plus l'hébergement est précaire, au niveau d'hygiène non favorable, dans la promiscuité et le surpeuplement, plus le participant risque d'être contaminé. En principe, les personnes ayant une adresse bénéficient déjà de soins de santé au sein des centres d'accueil et des structures approuvées ou non approuvées soutenus par d'autres organisations comme Fedasil ou la Croix-Rouge de Belgique. Quant à ceux vivant dans les squats et les maisons de particuliers, l'accès aux soins de santé reste très limité, mis à part les cas d'urgence médicale.

Comme d'autres études le démontrent, la scabiose touche surtout la collectivité à bas niveau social et est favorisée dans les milieux surpeuplés dans lesquels les conditions d'hygiène sont précaires [12]. Nos résultats sont donc largement comparables à ceux exprimés par ces différents auteurs : la scabiose a une prévalence de 4 à 27% dans les pays en voie de développement ; 6,6% à 14% en France (un pays développé) dans les maisons de retraite et dans les maisons ou foyers de longs séjours [12, 13, 14].

En ce qui concerne les langues parlées par nos participants, 5 personnes sur 10 parlent des langues non couramment utilisées en Belgique (48,3%) ; 3 personnes sur 10 parlent arabe (24,6%) ; 2 personnes sur 10 parlent français (22,5%) et 0,5 personnes sur 10 parlent anglais (4,6%).

4 participants sur 10 atteints de la scabiose parlent une ou plusieurs langues non couramment utilisées à Bruxelles (42,12%) ; 3 participants sur 10 atteints par la maladie parlent arabe (28,9%) ; 2 participants sur 10 parlent anglais (17,5%) et 0,4 participant sur 10 parle français (3,8%). Ceci étant, mieux le participant pratique une des langues nationales utilisées à Bruxelles et moins il est susceptible d'être exposé à la maladie et inversement.

Dans le cadre de notre étude, la scabiose est significativement associée à la langue parlée, démontrant que la barrière linguistique a un impact négatif et significatif sur nos participants concernant cette maladie. Dans ce contexte précis, le défi sera d'assurer une gestion médicale adéquate et globale de la maladie en incluant la médiation interculturelle pour une communication aisée entre le personnel soignant et le patient.

La barrière linguistique est élevée et touche 7,3 participants sur 10 (72,9%). Cela sous-entend que le niveau de scolarité serait bas selon notre étude, que les origines géographiques des patients seraient éloignées et que les habitudes ou pratiques socioculturelles et spirituelles seraient différentes de la Belgique. Cela signifie qu'un participant exposé à la scabiose rencontrerait plus de difficultés dans la gestion globale de sa maladie, étant donné sa compréhension limitée (voire nulle) des messages de prévention et d'information, et que les services de santé seraient limités, voire difficilement accessibles, à ce dernier.

Ceci corrobore les résultats de l'auteur KOUOTOU E A et Al. (2013) au Cameroun. Les résultats de son étude établissent que plus le niveau scolaire des patients est bas (soit 46,8%), plus ils courent le risque d'attraper la scabiose. Et inversement [15].

IV.3. Caractéristiques sanitaires et accès aux soins de santé de nos patients

La scabiose est présente chez 3 participants sur 10 (29,1%), dont 99,2% d'hommes et en provenance du Moyen-Orient (89,2%). Sur 700 cas de pathologies dermatologiques dans notre étude, 610 sont des cas de scabiose (87,1%).

Parmi ceux qui n'ont pas accès aux soins, 2,9 patients sur 10 sont atteints de la scabiose (29,2%). Parmi ceux qui ont accès aux soins via d'autres organisations, 2,8 patients sur 10 sont également atteints de la scabiose (28,4%). L'association entre la scabiose et l'accès aux soins de santé reste donc non significative car, comme nous l'avons mentionné précédemment, cette maladie sévit indépendamment du milieu de vie du patient. Il suffit juste d'y être exposé.

La grande majorité de nos participants, soit 8,9 participants sur 10, n'a pas facilement accès aux soins de santé (89,6%) ; d'où un diagnostic souvent tardif de la maladie. Le manque d'information adéquate, la précarité, la désorientation, la non-priorisation de sa santé, le manque de ressources financières, la crainte des institutions sanitaires et le sentiment d'abandon communautaire sont des éléments explicatifs du recours tardif aux soins.

D'autres études réalisées en France [13, 14] confirment que le diagnostic de la scabiose est souvent posé tardivement. La grande majorité des malades est constituée de personnes très âgées (>80 ans) vivant dans des institutions gériatriques, polypathologiques, avec une immunodépression relative et une altération des téguments. L'accès aux soins est limité également par les problèmes de transport. Ensuite, la négligence de leur santé, la peur des institutions, parfois le manque de ressources financières pour payer leur traitement, ainsi que leur observance limitée expliqueraient ce retard de prise en charge médicale efficace contre la scabiose, ce qui correspond également à nos observations dans le cadre de cette étude.

Parmi les pathologies les plus rencontrées, celles dermatologiques sont majoritaires, touchant 3,3 patients sur 10 (33,4%). La scabiose impacte 8,7 patients dermatologiques sur 10, soit 87,1%. Elle constitue pourtant le premier motif de consultation enregistrée, soit 3 patients sur 10 (29,1%) durant la période de notre étude.

Ce résultat corrobore ceux d'autres auteurs qui stipulent que plus de 2 patients sur 10 présentant des problèmes dermatologiques (20%) dans les pays tropicaux et subtropicaux seraient des cas de scabiose [13].

IV.4. Régression logistique univariée et multivariée des facteurs associés à la scabiose

La régression logistique univariée et multivariée effectuée a permis de mettre en évidence les résultats suivants :

- En régression logistique univariée, le sexe des patients, la région de provenance et la langue parlée ont été identifiés comme des facteurs associés significativement à la scabiose.
- En régression logistique multivariée, après ajustement des variables, seule la variable sexe n'était plus significativement associée à la scabiose. La provenance et la langue parlée des participants ont été établis comme des facteurs associés significativement à la scabiose.

Chez les patients de sexe masculin, la cote de la scabiose était 5 fois plus élevée (OR=4,74 [1,89 ; 11,90]) que chez les patientes en univariée. En multivariée, cette variable sexe était considérée comme un facteur confondant.

Ce constat s'explique par les critères établis par Fedasil concernant l'accueil des demandeurs d'asile. Tout d'abord, les hommes migrants étaient plus nombreux que les femmes et présentaient cinq fois plus de risques de maladies. Malheureusement, ces hommes étaient les plus touchés par la politique d'hébergement à Bruxelles, priorisant les femmes, les familles, les enfants mineurs et certains cas médicaux graves. En conséquence, la plupart des hommes migrants se retrouvaient sans adresse ni logement sécurisé à leur arrivée dans la ville, exacerbant le problème d'une capacité d'hébergement insuffisante face à la demande croissante.

La majorité de nos participants viennent de pays aux coutumes et pratiques socioculturelles, communautaires et spirituelles différentes de celles usées en Belgique, dans lesquelles le contact humain est étroit au quotidien, ce qui augmente la susceptibilité de contracter la scabiose à 95% [10, 12, 13].

En ce qui concerne l'origine géographique, les patients en provenance du Moyen-Orient présentaient une cote 10 fois plus élevée de contracter la maladie (OR=10,2 [7,29 ; 14,24]) par rapport à ceux originaires de la région d'Afrique subsaharienne. Cette différence persistait même après ajustement pour d'autres facteurs, avec une cote restant 4 fois plus élevée (OR=4,43 [2,87 ; 6,86]). Ceux qui provenaient d'autres régions présentaient une cote presque 6 fois plus élevée d'avoir la scabiose (OR=6,04 [3,11 ; 11,73]) par rapport aux patients provenant d'Afrique subsaharienne lors de l'analyse univariée. En multivariée, elle restait 2 fois plus élevée (OR=2,08 [1,01 ; 4,29]). Par ailleurs, pour ceux provenant d'Asie Mineure (OR=1,99 [0,74 ; 5,35]), le risque d'être contaminé par la scabiose était près de 2 fois plus élevé que celui couru par les patients d'Afrique subsaharienne en univariée. Or, cette cote restait presque identique en multivariée. Les Européens de l'Est (OR=0,27 [0,04 ; 2,01]) étaient presque aussi susceptibles d'avoir la scabiose que les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en univariée et en multivariée.

Ce résultat s'expliquerait en partie par la localisation géographique, les facteurs climatiques, le système de santé du pays d'origine, le trajet migratoire emprunté pour arriver à Bruxelles ainsi que les habitudes socioculturelles et spirituelles associées aux conditions de vie et d'hygiène précaires de nos participants.

Selon la littérature, la scabiose est une maladie ubiquitaire et cosmopolite qui touche des individus de tous les milieux sociaux et sur tous les continents. Dans les pays en voie de développement, 0,4 à 3 personnes sur 10 serait contaminées (4 à 27%). Ailleurs, comme en France, la prévalence serait d'environ 0,7 personne sur 10 dans les maisons de retraite (6,6%) et de 1,4 personnes sur 10 dans des services de longs séjours (14%). Plus de 2 patients sur 10 qui présenteraient de problèmes dermatologiques dans les pays tropicaux et subtropicaux (20%) seraient des cas de gale [13]. La scabiose est une maladie qui touche tout le monde sans distinction de sexe, d'âge et de provenance. Cette affirmation corrobore les résultats de plusieurs auteurs [12, 13, 14, 15].

Pour la langue parlée, les patients qui pratiquaient des langues non usuellement utilisées à Bruxelles étaient 18 fois plus susceptibles (OR=18,33 [11,26 ; 29,83]) d'avoir la scabiose que les patients qui pouvaient s'exprimer en français en univariée. Cette susceptibilité diminuait à 6 (OR=5,62 [3,06 ; 10,32]) en multivariée. Les patients qui parlaient l'arabe étaient 10 fois plus susceptibles (OR=10,22 [6,15 ; 16,98]) d'avoir la scabiose par rapport aux patients qui s'exprimaient en français en univariée. La cote diminuait à 3 fois (OR=2,70 [1,43 ; 5,11]) en multivariée. Enfin, les patients qui s'exprimaient en anglais avaient 5 fois plus de chance (OR=5,35 [2,64 ; 10,81]) d'être contaminés, comparés à ceux qui parlaient français en univariée, et 3 fois plus de chance (OR=2,89 [1,35 ; 6,20]) en multivariée.

Nous constatons ici que la barrière linguistique des participants a un impact significatif sur la maladie. Autrement dit, moins la barrière linguistique est élevée et plus le participant parle les langues usuellement utilisées à Bruxelles, et moins il est susceptible d'attraper la maladie. Et inversement. D'autres auteurs sont arrivés à cette même conclusion [15].

En effet, les participants moyen-orientaux parlent plus souvent des langues non pratiquées à Bruxelles (Farsi, Dari, Pashtoun, Arabe, ...). Par contre, parmi les migrants d'Europe de l'Est, d'Asie Mineure et d'Afrique subsaharienne, certains parlent anglais et français, qui sont des facteurs protecteurs de la maladie étant donné que ces langues sont usuellement parlées à Bruxelles.

Pour une grande majorité de nos participants, l'accès à la bonne information sur la scabiose et sur le système de santé en vigueur en Belgique n'est pas aisé. Par conséquent, le système de santé belge devrait tenir compte de cet impact linguistique important et en renforçant la médiation interculturelle entre le patient et le soignant. Une communication médicale de qualité, fiable et efficace serait une garantie du succès des soins et de la satisfaction pour tous. Il est donc urgent de combler ce déficit en médiation interculturelle dans le but d'améliorer l'état de santé de nos participants et de lutter efficacement contre cette maladie.

Les facteurs explicatifs avoir ou pas une adresse à Bruxelles et avoir accès ou pas aux soins de santé sont des facteurs non associés à la scabiose. La maladie est en effet présente partout [12, 13, 14]. L'accès précoce ou tardif aux soins de santé n'influe pas sur l'exposition ou la

susceptibilité de contracter la maladie. Il s'agit ici d'une maladie transmissible à 95% par contact direct entre humains, liée à la promiscuité et au manque d'hygiène, comme le confirment divers auteurs [12, 13, 14, 15]. Cette promiscuité et ce manque d'hygiène sont accentués par les politiques et les mécanismes d'accueil établis par les autorités politico-administratives, et au travers du processus de gestion globale de demande d'asile à Bruxelles.

Ces résultats permettent de mettre en évidence une corrélation entre la survenue de la scabiose plus probable chez les migrants de sexe masculin, originaires du Moyen-Orient et ne parlant pas les langues couramment utilisées à Bruxelles.

V. ELABORATION DE PISTES DE SOLUTIONS ET PERSPECTIVES

Aux niveaux fédéral et régional :

Revoir la politique de financement et les ressources allouées à l'accueil des migrants :

- Mettre en place un programme de dépistage systématique de la scabiose ;
- Mettre en place une équipe « Cluster » contre la scabiose (gestion de projet) ;
- Mettre en place un protocole opérationnel standard de PEC globale de la scabiose sous toutes ses formes (aiguë, récidivante ou rechute, résistante).

Au niveau des entités fédérées :

Mettre en œuvre opérationnellement l'équipe « Cluster » contre la scabiose (coordination) :

- Dépister systématiquement la scabiose chez tout demandeur d'asile à risque ;
- Suivre les sujets contacts à la scabiose (mécanisme de traçage) ;
- Intensifier les activités de promotion de la santé sur la scabiose ;
- Établir un protocole opérationnel standard de PEC globale pour les différents types de scabiose et assurer son application stricte ;
- Augmenter les capacités d'accueil et d'hébergement des migrants ;
- Mettre en œuvre une équipe opérationnelle de médiateurs interculturels pour faciliter et améliorer la communication entre les acteurs de la santé et les bénéficiaires.

Au niveau de FEDASIL et d'autres collaborateurs opérationnels :

Promouvoir et renforcer l'EPS sur la scabiose (dépliants, flyers en plusieurs langues, ...) :

- Intensifier la sensibilisation sur les maladies transmissibles et les risques épidémiques auprès des migrants à leur arrivée ;
- Effectuer un screening médical systématique de la scabiose à l'enregistrement des migrants ;
- Prioriser les cas de scabiose diagnostiquée pour un hébergement spécifique afin de limiter le risque de contagion ;

- Élargir les critères médicaux spécifiques de maladies transmissibles comme la scabiose pour l'hébergement ;
- Renforcer les capacités des personnels soignants sur la gestion globale de la scabiose ;
- Faciliter la médiation interculturelle pour améliorer l'accès aux soins de qualité ;
- Renforcer l'hygiène en milieu de travail pour limiter la contagion de la scabiose ;
- Appliquer strictement le protocole standard opérationnel de la PEC globale de la scabiose en collectivité ;
- Renforcer le mécanisme de suivi des patients en collectivité sous traitement contre la scabiose.

Au niveau des demandeurs de protection internationale :

Bien s'informer ou se renseigner sur le processus de demande d'asile en vigueur en Belgique :

- Rapidement, dès l'arrivée en Belgique, se rapprocher des services de FEDASIL pour leur enregistrement et l'accès aux informations nécessaires sur la santé et les maladies transmissibles, voire épidémiques ;
- Se conformer aux lois et aux protocoles standards en vigueur de PEC globale des maladies transmissibles en Belgique et en particulier de la scabiose ;
- Encourager les migrants à adhérer au programme de dépistage sur la scabiose et autres maladies transmissibles en Belgique.

VI. CONCLUSION

La scabiose est une parasitose secondaire à une infection par *sarcoptes scabiei*, variété *hominis* de transmission interhumaine exclusive. Elle touche plus de 300 millions d'individus à travers le monde parmi lesquels près de 40% d'enfants, en particulier dans les pays en voie de développement. C'est une affection parasitaire fréquente dont l'incidence est en constante augmentation depuis une quinzaine d'années. Le signe clinique souvent au premier plan est le prurit, classiquement à recrudescence vespérale et familiale. Il est responsable de l'apparition des lésions de grattage qui peuvent être diffuses, mais dont la localisation à la face antérieure des poignets, au niveau des espaces interdigitaux, des organes génitaux externes, de la face interne des cuisses, des fesses ou de l'ombilic est très évocatrice du diagnostic.

L'augmentation spectaculairement rapide de la précarité, particulièrement due au phénomène migratoire, aussi bien dans le monde occidental que dans les régions en développement, favorise la promiscuité entre les individus, dans des conditions d'hygiène quasi absente. C'est la constatation réitérée des épidémies de la scabiose en Europe, et en Belgique en particulier, qui met l'ampleur du phénomène en lumière.

A cet effet, nous avons entrepris une étude rétrospective transversale à visée analytique en série de cas auprès de 2.095 participants qui ont consulté le service de santé établi par FEDASIL, en faveur des demandeurs de la protection internationale et population vulnérable vivant à Bruxelles entre le 02 octobre 2022 et le 30 juin 2023, afin de déterminer certains facteurs de susceptibilité et d'aggravation de la contagion à la scabiose rencontrée chez ces derniers. Les résultats qui en découlent ont permis de mettre en évidence certains facteurs indépendants comme le sexe, la provenance d'origine et la langue parlée qui avaient un impact significatif important auprès de nos participants sur la maladie. La gale était beaucoup plus fréquente chez nos participants de sexe masculin, provenant du Moyen-Orient et parlant autres langues que celles couramment utilisées à Bruxelles ou plus largement en Belgique.

Les résultats de notre étude permettront de plaider auprès des autorités politiques, administratives et sanitaires pour une révision et/ou une reconsidération du financement et des ressources disponibles, dans le cadre de la gestion du mécanisme d'accueil du phénomène migratoire, et particulièrement auprès de FEDASIL, en faveur des demandeurs d'asile. Il est en effet essentiel de revoir les critères du mécanisme d'accueil en tenant compte des risques épidémiques liés aux maladies transmissibles rencontrées chez les migrants, comme la scabiose.

Loin de disparaître, la scabiose demeure et a même tendance à se propager, touchant toutes les couches sociales. Son caractère très contagieux et sa chronicité impliquent une éducation et une sensibilisation aussi bien de nos populations que des praticiens au diagnostic précoce et à la prise en charge médicale globale et efficace.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Baidwan, S. K. (2023). Initial health assessments for unaccompanied asylum-seeking children : Advice and good practice. *Pediatrics and Child Health*, 33(1), 11- 16. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2022.10.008>
2. Cortier, M., de La Porte, C., Papot, E., Goudjo, A., Guenneau, L., Riou, F., Cervantes-Gonzalez, M., Prioux, M., Yazdanpanah, Y., & Galy, A. (2022). Health status and healthcare trajectory of vulnerable asylum seekers hosted in a French Reception Center. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 46, 102180. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.102180>
3. Kortas, A. Z., Polenz, J., von Hayek, J., Rüdiger, S., Rottbauer, W., Storr, U., & Wibmer, T. (2017). Screening for infectious diseases among asylum seekers newly arrived in Germany in 2015 : A systematic single-centre analysis. *Public Health*, 153, 1- 8. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.011>
4. Louka, C., Logothetis, E., Engelman, D., Samiotaki-Logotheti, E., Pournaras, S., & Stienstra, Y. (2022). Scabies epidemiology in health care centers for refugees and asylum seekers in Greece. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 16(6), e0010153
5. Spielberg, N., D'Hoore, W., WSFP2104 et WESP1010 (2022) : cours de statistique descriptive et introduction à la statistique en santé. Problématique de santé. FSP-UCLouvain (2021 – 2022)
6. Lor, Aurélie (2020). Les demandeurs d'asile : à la recherche d'une place au Monde. Enquête à partir d'un centre d'accueil Fedasil pour demandeurs de protection internationale. Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain, 2020. Prom. : Mazzocchi, Jacinthe. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:28206>
7. Dibandi Mabiala, Esther (2022). L'impact des réseaux de politique publique sur les changements de la politique d'accueil des demandeurs de protection internationale en Belgique entre 2000 et 2020. Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain, 2022. Prom. : Moyson, Stéphane. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:36190>
8. Pirson, Thomas (2021). *Le demandeur de protection internationale en centre d'accueil : une perte identitaire*. Faculté de droit et de criminologie, Université catholique de Louvain, 2021. Prom. : Brion, Fabienne. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:32985>
9. Barreau, Eloïse (2019). *Analyse empirique de l'isolement des demandeurs de protection internationale au sein de centres Croix-Rouge de Belgique*. Faculté de droit et de criminologie, Université catholique de Louvain, 2019. Prom. : Vesentini, Frédéric. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:19226>

10. Nathalie BARACHY ; Gilles DREYFUSS ; Jeremy VONO (2013). La Gale : épidémiologie et généralités. Actualités pharmaceutiques n°526 (Mai 2013)
11. Laurent BLATIERE (2019). La protection des droits fondamentaux des demandeurs de protection internationale : entre complexité et faiblesses. CJUE, Gde ch., 19 Mars 2019, Ibrahim, aff. Jointes (-297, 318, 319 et 438/1
12. Sophie LAJARTHE (2011). La Gale sarcoptique humaine. Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en pharmacie, université de LIMOGES 2011
13. Nathalie BARACHY (2004). La Gale sarcoptique humaine. Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en pharmacie, Université de LIMOGES 2004
14. Nelly DRABO (2016). Recrudescence de cas de Gale en France : observation de son occurrence dans le Lunévillois. Sciences pharmaceutiques. 2016. Hal – 01770775
15. KOUOTOU E A, Defo D, Sieleunou I, Ndikontar Kwinji R, Mukwelle K, Essama J, Zoung -Kanyi Bissek A – C, Ndjitoyap Ndam E C (2013). La Gale humaine : profil sociodémographique, distribution lésionnelle et type des lésions. Health Sci. Dis : vol14 (3) septembre 2013
16. Charlotte MUNIER (2014). Prise en charge de la Gale a l'officine et problématiques associées. Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en pharmacie. UFR sciences pharmaceutiques et ingénierie de la santé 2014
17. BURSZTEJN A. – C. (2022). La Gale de l'enfant. Annales de dermatologie et de vénéréologie – FMC 2 (2022) 320 – 323
18. SPADONI S., LAMAND V., VONESCH M. A., BERANGER C. (2014). La Gale : un fléau mondial. Médecine et sante tropicales 2014 ; 24 : 41 – 48
19. TALAGA – CWIERTNIA, K. (2021). Sarcoptes infestation. What is already Known and What is New about Scabies at the Beginning of the third Decade of the 21st Century ? Pathogens2021, 10, 868. <https://doi.org/10.3390/pathogens 10070868>
20. DIABATE A., KOUROUMA H S., KOUABENAN AA S., GUE I., VAGAMON B., AKA B R. (2018). Profil épidémiologique, clinique et évolution des infections parasitaires cutanées superficielles en milieu hospitalier en Côte d'Ivoire. Re vint sc méd. Abj-RISM-2018 ; 20, 1 : 67 – 70. EDUCI 2018
21. L. de Gentile, F. Carsuzaa (2021). Scabiose, pédiculose et piqures d'arthropodes. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. Volume 34, numéro 4, Aout 2021, pages 204 – 222
22. FRANCOISE COUIC-MARINIER, FRANCOIS PICKON (2016). Traitement de la Gale a la Perméthrine chez un adulte. Actualités pharmaceutiques. Volume 55, numéro 559, Octobre 2016, page 12 – 14
23. JOURET, Gaelle ; ABSIL, Gilles ; NIKKEL, Arjen (2023). La Scabiose chez l'enfant. 2023, In Skin, 26 (3), pages 38 – 41
24. NOUDE T.J. ; YAOVI S.E. ; KOUSSAKE K. ; BAYAKI S. ; SEFAKO A. ;

EMPLACEMENT P. (2023). Profil Epidémiologique et Perception de la Gale Humaine a Lome (Togo). Recherche sur la sante en Afrique, 1 (4 (suppl. 1)). [https://doi.Org/10.5281/hra.V1i4 \(suppl.1\). 4999](https://doi.Org/10.5281/hra.V1i4 (suppl.1). 4999)

25. AMAHLAOUI, Morad (2021). Comment améliorer l'insertion socio-professionnelle des Demandeurs de Protection Internationale (anciennement demandeurs d'asile) ? Faculté des sciences économiques, sociales, politique et de communication, Université catholique de Louvain, 2021. Prom. : Dorssemont, Filip ; Ferreras, Isabelle. <http://hdl.handle.net/2078.1/thésis : 32795>
26. AUMOND Florian (2024). Vulnérabilité et situation d'afflux massif : les mineurs non accompagnés ou séparés, demandeurs ou bénéficiaires de protection internationale. Université de Poitiers, CECOJI, UR 21665 ; Migrinter, UMR 7301, 8 Avril 2024. <https://shs.hal.science/halshs – 04537902>
27. LECLEECQ Caroline (2023). Nouveau Pacte pour la Migration et l'asile (Accord politique), 23 Décembre 2023. Cahiers de l'EDEM, numéro 1(2024) : Janvier 2024
28. CRINE Zoe (2023). C.J.U.E, 5 Octobre 2023, OFPRA, C – 294 / 22, EU : C : 2023 : 733. Numéro 1 (2024) : Janvier 2024
29. KAGINA SENGHA Benjamin (2024). Cour d'appel du Québec, 7 Février 2024, Procureur général du Québec C. Kanyinda, 2024, QCCA 144. Cahiers de l'EDEM, numéro 3 (2024) : Mars 2024
30. MEERT, Elsa (2023). Vivre (dans) l'attente. Une ethnographie d'un centre d'accueil collectif pour demandeur.se.s de protection internationale à Liège, avec un focus sur l'expérience des femmes. Faculté des sciences sociales et comportementales, psychologie, Université de Liège, 2023. <http://hdl.handle.net/2268.2/17399>
31. GUIHENEUF, Camille (2023). Comment l'accueil collectif en Belgique contribue – t – il à l'accès aux soins de santé des demandeur.ses de la protection internationale ? Analyse qualitative d'un centre bruxellois ; faculté de sante publique, Université catholique de Louvain, 2023. Prom. : Dauvrin, Marie. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis: 39597>

