



HAL
open science

**Le recours aux soins dans les camps scouts. Place d'un
médecin généraliste volontaire. Analyse de 1043
consultations effectuées pendant l'Eurojam de
Saint-Évroult-Notre-Dame-des-Bois (Orne),
rassemblement international des Guides et Scouts
d'Europe à l'été 2014**

Jean-Baptiste Postel

► **To cite this version:**

Jean-Baptiste Postel. Le recours aux soins dans les camps scouts. Place d'un médecin généraliste volontaire. Analyse de 1043 consultations effectuées pendant l'Eurojam de Saint-Évroult-Notre-Dame-des-Bois (Orne), rassemblement international des Guides et Scouts d'Europe à l'été 2014. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01225649

HAL Id: dumas-01225649

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01225649>

Submitted on 6 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

POSTEL Jean Baptiste

Né le 31 janvier 1989 à Mont-Saint-Aignan (Seine-Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2015

**LE RECOURS AUX SOINS DANS LES CAMPS SCOUTS.
PLACE D'UN MEDECIN GENERALISTE VOLONTAIRE.**

*Analyse de 1043 consultations effectuées pendant l'Eurojam
de St Evroult-Notre-Dame-des-Bois (Orne),
rassemblement international des Guides et Scouts d'Europe à l'été 2014.*

Président du Jury : **Professeur Luc-Marie JOLY**

Directeur de Thèse : **Docteur Bertrand FISSET**

Membres du Jury : **Professeur Stéphane MARRET**

Professeur Loïc FAVENNEC

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU vasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité (<i>surnombre</i>)
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie

Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN Médecine légale
Mr François PROUST	HCN Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie du développement et de la reproduction

Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB de la santé	Législation pharmaceutique et économie
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS et DEDICACES

Un grand merci au **Professeur Luc-Marie Joly** qui nous fait l'honneur de présider le Jury de cette thèse. Vous avez tout de suite accepté l'idée de ce travail et su le guider aux moments importants de sa réalisation. Votre confiance et vos connaissances nous ont été indispensables à la fois pour construire cette étude mais aussi pour notre formation à la Médecine d'Urgence.

Tous mes remerciements également au **Professeur Stéphane Marret** qui, sans nous connaître, a spontanément et généreusement accepté d'apporter son point de vue et son expertise pédiatrique sur ce travail.

Un grand merci au **Professeur Loïc Favennec** pour son enthousiasme à l'idée de juger cette thèse. C'est un grand honneur de vous retrouver ici après avoir eu la chance de participer à votre passionnant Master sur les liens entre Environnement et Santé. Votre œil avisé de Médecin et de Pharmacien nous est précieux.

Merci enfin au **Docteur Bertrand Fisset**. Ton engagement au service des autres, à travers notamment ton travail de médecin généraliste, ta famille et le Scoutisme, est un exemple qui nous inspire et nous motive pour avancer. Tu as sans hésiter accepté de guider cette thèse, et toujours été positif dans ton regard de correcteur et d'accompagnateur. Merci pour ce temps donné sans compter pour éclairer ce travail. Travailler avec toi est un honneur et une chance.

Merci à tous les médecins généralistes qui, de part leurs visions complémentaires et toujours centrées sur les patients, m'ont permis d'apprendre mon travail et de mieux comprendre les subtilités et spécificités de la « Médecine de Famille ». Merci en particulier aux Docteurs Christian Bernard, Karine Decaux, Gérard Dubois, Jean-Claude Lemercier, Jean-Luc Raoult et Christiane Tonini qui m'ont ouvert les portes de leurs cabinets et fait partagé leur quotidien auprès des malades durant mon internat. Merci encore au Docteur Jean-Paul Thueux pour son implication dans son rôle de tuteur universitaire et le partage de sa passion.

Merci aux médecins et aux équipes des différents services hospitaliers qui m'ont accueilli dans mon parcours et m'ont permis d'affiner mes connaissances et de développer de nouvelles compétences : le service de Médecine Interne du Professeur Hervé Lévesque, le service des Urgences du Dr Valérie Massol, le service de Pédiatrie du Dr Emmanuel Jeannot et le service de Réanimation du Dr Jean-Philippe Rigaud. Merci en particulier à ce dernier et à tous les médecins réanimateurs du Centre Hospitalier de Dieppe pour leur accueil, leur pédagogie, leur sens clinique, leur souci du détail et du bien-être des malades et des familles. La pratique d'une « médecine générale technique » dans leur service est un moment fort de mon internat.

A tous les internes avec qui j'ai partagé des moments de travail intense, de stress mais aussi de rire, de partage et de détente pendant ces six semestres.

Merci à Jean-François Bocquet pour son implication dans l'Eurojam à travers l'élaboration du dispositif sanitaire. Merci pour ton accueil au sein de ta petite famille et ta confiance au moment de me laisser travailler sur les fiches de prise en charge de l'Eurojam.

Merci à toi Cédric pour ta disponibilité et tes précieux conseils en statistique distillés depuis le Cameroun...

A mon épouse Aurore, dont l'amour et la confiance sont inestimables. Mon amour, de fidèle « co-externe » puis « co-interne » tu es devenue ma femme et tu remplis de joie et de bonheur mon quotidien... Merci pour la correction grammaticale de cette thèse et les longs silences que tu as su ménager pendant sa rédaction... J'essaierai de t'être aussi précieux quand viendra le temps de travailler la tienne...

A mon fils Basile qui me comble chaque jour par sa présence.
A l'enfant que tu portes ma douce Aurore...

A mes parents dont l'affection, l'exemple et les conseils m'ont guidé dans ma croissance, dans le discernement de mes choix et dans mon travail jusqu'à ce jour. Merci à toi Papa pour les heures passées à relire cette thèse...

A mes frères et sœurs. Pierre, compagnon de toujours et témoin des grands moments de ma vie. Lucie, François et mon filleul Gabriel qui se sont engagés dans l'apprentissage du magnifique métier de médecin. Laure et Sophie, les « tatas » sans qui la vie à Pierreville serait moins pétillante.

A mes grands-parents, « phares » dans ma vie et toujours présents dans la joie comme dans la difficulté. Pépé, tes anecdotes de médecin de campagne (accouchements à domicile, épidémies, transfusions...) ont sans doute aiguisé mon intérêt pour la médecine et affermi ma vocation... Avec Grany, votre couple formé à l'hôpital résiste fermement aux décennies de mariage... Pérain, ta volonté à toute épreuve n'a d'égale que ta serviabilité et tes convictions profondes... Merci de les transmettre à notre fils. Une pensée particulière pour ma grand-mère Nanie emportée trop tôt par la maladie...

A Tata Georgette, à mon parrain Jean-Michel, à ma marraine Frédérique et à tous mes oncles, mes tantes, mes cousins et mes cousines sans qui la vie ne serait pas aussi belle et joyeuse. Merci Marie, tu m'as permis d'inclure à ma bibliographie un article en allemand...

Mes pensées vont aussi à mon oncle le Docteur Marcel Delcourt, fondateur de Médecins sans frontières et disparu cette année, dont la passion pour la médecine au service des plus démunis était restée bien vivante.

A toute ma belle-famille, devenue famille d'adoption, avec qui nous partageons beaucoup de joie. Merci pour votre accueil. Merci à mes beaux-parents Françoise et Christian pour leur aide continue et leur dévouement au service de Basile...

Merci à tous ceux qui ont compté dans mon parcours chez les Guides et Scouts d'Europe. Merci notamment à mon fidèle ami et témoin de mariage Timothée alias « Akela », ainsi qu'au Docteur Jean-Louis Chauvet qui a su m'encourager à avancer d'abord chez les scouts puis dans mon engagement d'époux et de médecin par son exemple. Sans vous, ce travail n'aurait sans doute jamais eu lieu.

A tous mes amis. Votre présence à mes côtés est une chance. Que de bons moments passés ensemble ! Je ne saurais tous vous citer ici, mais je voudrais en particulier remercier Johann pour son soutien depuis le lycée et à travers chacune de nos années de médecine, et Louise et Nicolas, parents du petit Martin dont j'ai l'honneur d'être le parrain.

PLAN

Introduction	21
---------------------------	----

I. Préambule : Présentation du Scoutisme

A. <u>HISTORIQUE</u>	23
1. Le XIX ^{ème} siècle, « siècle des enfants »	23
2. Baden-Powell et la fondation du scoutisme.....	24
3. Le scoutisme en France.....	26
a. Développement du scoutisme.....	26
b. Les différents mouvements aujourd’hui.....	29
4. Le scoutisme « Européen »	31
B. <u>LA VIE SCOUTE</u>	34
1. Buts du scoutisme.....	34
2. La Devise, la Loi, les Vertus et les Principes.....	35
3. L’allégeance au chef et la Promesse.....	35
4. La Prière Scoute.....	37
5. Les symboles.....	37
a. L’emblème.....	37
b. Le Baussant.....	38
c. L’uniforme.....	38
d. Le staff de patrouille.....	39
6. La pédagogie.....	40
7. Les activités.....	41
a. Les sorties de fin de semaine.....	41
b. Les camps.....	42
c. Les grands rassemblements.....	43

II. Scoutisme et Santé

A. <u>UN MILIEU HOSTILE</u>	45
1. Le climat.....	45
a. Le froid.....	45
b. La chaleur.....	47
c. Les intempéries.....	48

2. La faune et la flore.....	49
a. Les insectes.....	49
b. Autres animaux.....	51
c. La flore.....	52
3. La vie en groupe.....	53
a. Risque infectieux.....	53
b. Risque psychologique.....	54
c. Risque traumatologique.....	55
4. Les activités scoutes.....	56
a. Campisme.....	56
b. Activités sportives.....	57
c. Rôle de la fatigue.....	58
B. <u>PRISE EN CHARGE DE LA SANTE</u>	59
1. Préparation du camp.....	59
2. Pendant le camp.....	61
3. Organisation lors des grands rassemblements.....	64
a. Structure.....	64
b. Personnel.....	65
c. Transports sanitaires.....	67

III. Eurojam 2014 : analyse du recours aux soins

A. <u>INTRODUCTION</u>	68
1. Généralités.....	68
2. Dispositif Sanitaire.....	69
B. <u>METHODES</u>	73
C. <u>RESULTATS</u>	76
1. Généralités.....	76
2. Recours aux soins.....	76
3. Motifs des consultations.....	80
4. Diagnostics.....	83
5. Soins effectués.....	90
6. Prescriptions médicamenteuses.....	91
7. Orientation des malades.....	94

D. <u>DISCUSSION</u>	99
1. Organisation de la prise en charge.....	99
2. Recours aux soins.....	101
3. Pathologies et thérapeutiques.....	103
4. Comparaison avec les études précédemment menées.....	105
a. Recours aux soins.....	105
b. Diagnostics.....	107
 Conclusion	 110
 Bibliographie	 112
 Annexes	
1. Liste des Jamboree Mondiaux.....	119
2. Statuts fédéraux de l'UIGSE.....	120
3. « Message aux familles » de la Conférence française du Scoutisme.....	124
4. Liste des plantes allergènes en France.....	127
5. Décret n° 2002-883 du 3 mai 2002.....	128
6. Arrêté du 20 février 2003.....	133
7. Arrêté du 3 juin 2004.....	135
8. Instruction n° 03-020 JS.....	136
9. Protocoles de Soins Infirmiers de l'Eurojam 2014.....	139
10. Liste des Médicaments disponibles à l'Eurojam 2014.....	150
11. Fiche de prise en charge médicale à l'Eurojam 2014.....	152
12. Codage des données analysées sur les fiches de consultation.....	154
 Lexique « scout »	 159

**LE RECOURS AUX SOINS DANS LES CAMPS SCOUTS.
PLACE D'UN MEDECIN GENERALISTE VOLONTAIRE.**

*Analyse de 1043 consultations effectuées pendant l'Eurojam
de St Evroult-Notre-Dame-des-Bois (Orne),
rassemblement international des Guides et Scouts d'Europe à l'été 2014.*

Introduction

Chaque été en France, durant « *le temps béni des vacances* » comme aimait à l'appeler Maurice Carême, des centaines de milliers de jeunes partent quelques jours ou semaines dans des camps qui leur sont dédiés (1). Les mouvements du Scoutisme ont été au début du XX^{ème} siècle les initiateurs de cette tradition d'éducation et d'aventure qui perdure aujourd'hui.

Depuis leur genèse, ces camps sont animés par des bénévoles ou moniteurs formés à l'encadrement des adolescents et à la pédagogie propre à chaque association, à chaque mouvement organisant ces rassemblements.

L'accompagnement, ou tout au moins le conseil avisé, d'un médecin, paraît depuis bien longtemps être le gage de la sécurité sanitaire et de la transmission des connaissances médicales élémentaires pour les jeunes (2,3). L'évolution de notre société ces dernières décennies a placé la préservation de la Santé parmi les préoccupations prioritaires de nos contemporains. Les médecins, notamment généralistes, se voient de plus en plus sollicités pour encadrer médicalement les camps d'été.

En ces temps de crise financière, où les médecins ne peuvent plus faire fi des considérations économiques, les camps de jeunes peuvent être pour eux une occasion de renouer avec une médecine gratuite, humaniste, « hippocratique » pourrait-on dire ici. Le médecin généraliste, armé de ses seules connaissances cliniques, dans des lieux parfois isolés et menaçants, se trouvera alors face à des demandes inhabituelles et bien spécifiques. Quelles sont-elles et comment les gérer au mieux dans cet environnement déstabilisant ?

Quelques études étrangères se sont déjà intéressées à cette question, y apportant quelques réponses partielles mais aussi des pistes pour une analyse plus fine des problèmes soulevés (4–11). En France, quelques travaux relativement anciens relatent la vie quotidienne d'un médecin plongé dans un camp scout (3,12). Aucune étude ne fait la synthèse des événements rencontrés, de la façon des prises en charge et des mesures de prévention à mettre en œuvre.

C'est pourquoi nous nous proposons, après un préambule rappelant l'Histoire du Scoutisme et sa pédagogie, d'étudier les risques sanitaires qui découlent de sa pratique d'après la littérature médicale. Après quoi nous détaillerons les différentes mesures préventives proposées pour y faire face. Enfin, par le prisme de données recueillies lors de l'Eurojam 2014 en Basse-Normandie, nous discuterons des possibilités d'établir des recommandations quant à la prise en charge de la Santé dans les grands rassemblements et camps d'été.

L'Eurojam 2014, vécu personnellement comme médecin volontaire au sein de son hôpital de campagne, peut sans doute servir de référence aux généralistes se trouvant confrontés à des situations similaires. De par le nombre de jeunes qu'il a rassemblé mais surtout de par sa durée, cet évènement a été l'occasion de mettre en place une organisation sanitaire structurée et inédite en France, permettant le recueil d'un nombre de données important. Nous ferons, a posteriori, l'analyse de son dispositif de santé, puis des motifs de consultation, des diagnostics et des prises en charge réalisées sur place. Nous tenterons de tirer des conclusions sur les pistes d'amélioration de la préparation et du travail sur place des médecins dans les camps de jeunes.

I. Préambule : Présentation du Scoutisme

Afin de mieux cerner le contexte de notre étude, nous nous proposons de débiter notre travail par une courte présentation du Scoutisme. Un premier paragraphe nous permettra de poser le cadre historique que viennent élargir les jeunes scouts d'aujourd'hui. Un second explicitera leur quotidien actuel, permettant de mieux saisir certains enjeux de notre enquête.

A. HISTORIQUE

1) Le XIXème siècle, « siècle des enfants » (13,14)

Le XIXème siècle sur le vieux continent européen est celui de la Révolution Industrielle, qui va modifier durablement le paysage et le mode de vie de populations affaiblies par les guerres révolutionnaires puis napoléoniennes. Après ces années de tristesse et de souffrance, le développement de la machine est perçu comme un espoir de paix durable et de vie confortable. Le travail dans les usines qui fleurissent un peu partout semble mettre à l'abri des intempéries qui détruisent les récoltes, apportent froid, famines et maladies. Des milliers de paysans se jettent sur les routes et affluent vers les villes, c'est l'Exode Rural.

Hélas, au bout de ce voyage les attend souvent « l'esclavage moderne » : logements insalubres, conditions de travail inhumaines et pollution détruisent leur santé.

Les enfants ne sont pas épargnés par ces malheurs. Aucune loi ne régissant leur labeur, ils travaillent souvent dès leur plus jeune âge près de seize heures par jour. Dans le textile, les femmes et les enfants représentent 75% de la main d'œuvre, et dans les galeries étroites des mines, ce sont des petits de six ans qui poussent les wagonnets... En 1868, on recense 125 714 enfants travailleurs.

La prise de conscience des sociétés puis des politiciens va néanmoins se faire rapidement, sous les coups de boutoir répétés des meilleurs écrivains du siècle qui se font les avocats du droit des enfants à une jeunesse protégée : Charles Dickens, avec *Oliver Twist* et *David Copperfield*, émeut toute l'Angleterre, tandis qu'en France Victor Hugo, avec notamment Cosette et Gavroche (*Les Misérables*, 1862) parvient à infléchir le pouvoir politique. On

peut aussi citer l'influence d'Alphonse Daudet (*Le Petit Chose*, 1866), de Jules Renard (*Poils de carotte*, 1894), de la Comtesse de Ségur (*Les Petites Filles modèles*, 1858) et par la suite d'Emile Zola.

Ces grands auteurs vont parvenir à éclairer les Etats sur la nécessité absolue d'éduquer la jeunesse, afin d'endiguer les phénomènes de délinquance et la montée du communisme avec son idéal révolutionnaire qui vont croissants dans les milieux ouvriers.

En France, la loi Jules Ferry est votée le 26 mars 1882, imposant un enseignement laïc et obligatoire. En 1892, le travail est interdit avant l'âge de 12 ans.

C'est à cette époque qu'en Angleterre, un lieutenant-général de 50 ans, Lord Robert Baden-Powell, va s'intéresser aux moyens d'encadrer et d'éduquer les gamins des rues. S'inspirant du phénomène de socialisation par les « bandes » de rue (15), des travaux du pédagogue Canadien Ernest Seton et de sa propre expérience militaire, il fondera le scoutisme.



Figure 1 : Lord Robert Baden-Powell of Gilwell

2) Baden-Powell et la fondation du scoutisme (13,15–17)

Robert Stephenson Smyth Baden-Powell of Gilwell, surnommé « BP », est né le 22 février 1857 dans le quartier de Paddington à Londres. Il est le 12^e des 14 enfants (dont 3 morts en bas âge) du Révérend Baden Powell, professeur de mathématiques à l'université d'Oxford, et d'Henriette Grace Powell. Son père meurt alors qu'il n'a que 3 ans. Sa mère décide alors d'accoler à leur nom le prénom de son mari : elle trouve le patronyme « Baden-Powell » plus chic.

Baden-Powell fait ses études à Charterhouse, collège réputé pour sa discipline. Baden-Powell est un adepte de l'école buissonnière et se cache régulièrement dans le bois derrière l'établissement scolaire. Il y développe son sens de l'observation. Ses frères l'emmènent régulièrement explorer la

campagne, camper et naviguer. Il se révèle peu doué pour les études mais passe cependant avec succès l'examen d'entrée pour devenir officier de l'armée de Sa Majesté.

Commence alors une belle carrière militaire qui le mènera aux Indes, en Afghanistan, à Malte où il découvre l'espionnage auprès de son oncle, puis en Rhodésie. Déjà populaire pour son manuel de formation des éclaireurs de l'armée britannique (*Aids to scouting*, 1899), il devient célèbre en 1900, lors du fameux siège de Mafeking en Afrique du Sud. Les Anglais sont alors en guerre contre les Boers, et remportent sous son commandement une victoire miraculeuse avec quelques hommes ayant enduré un siège de 217 jours. La légende raconte que des éclaireurs-cadets adolescents ont permis de guider les renforts à travers les lignes ennemies. Baden-Powell devient un héros national.

De retour en Angleterre, il cherche un moyen d'encadrer et d'éduquer les jeunes livrés à eux-mêmes. S'inspirant des « *Boy's Brigades* » développées à Glasgow par Sir W.A. Smith, il organise en 1907 le premier camp scout : il part camper sur l'île de Brownsea avec 24 garçons, répartis en 4 patrouilles. Il tire le meilleur de ses jeunes en leur enseignant notamment l'art du secourisme, de l'entraide et du « *woodcraft* », « *l'art des bois* ». En outre, il inculque aux éclaireurs des valeurs humanistes et une dimension morale : nourrir son corps et son esprit pour propager le bien. Fort du succès de cette première expérience et de l'enthousiasme de la jeunesse, il s'attelle à structurer les initiatives similaires qui fleurissent un peu partout, et publie en 1908 *Scouting for boys*, qui fonde le mouvement scout, destiné aux garçons de 12 à 16 ans.

Baden-Powell quitte l'armée pour se consacrer entièrement au mouvement. Il fonde en 1909 le mouvement des Guides, pour les filles, avec son épouse Olave et sa sœur Agnès, et des sections marines (les « *Scouts Marins* », que l'on retrouve aujourd'hui dans presque toutes les associations scoutes) avec son frère aîné Warrington, officier de la Royal Navy.

La mondialisation du mouvement commence dès 1910 avec la création des « *Boys Scouts of America* ». Il reçoit cette même année la croix Victoria des mains du Roi Edouard VII en personne pour son action en faveur de la jeunesse britannique. Il publie de nombreux ouvrages, livres, brochures, voyage à travers le monde, et crée un camp de formation pour les chefs, à Gilwell Park.

Il fonde les « *Rovers Scouts* » (Routiers) en 1919 pour les 17-20 ans, et les Louveteaux pour les 8-12 ans avec Vera Barclay en 1921.

En 1920, il organise le premier rassemblement scout mondial, *jamboree*, à Londres. Frappé par le lourd tribut versé par son pays à la Première Guerre Mondiale, et sentant monter les bellicismes et les extrémismes, il veut développer la paix et la fraternité entre les peuples.

Baden-Powell fait ses adieux définitifs au mouvement scout lors du 5^{ème} jamboree, à Vogelenzang (Pays-Bas) en 1937, puis se retire en Afrique où il meurt le 8 janvier 1941, à 84 ans.

En 2007, a eu lieu le 21^{ème} jamboree, à Chelmsford (Royaume-Uni), célébrant le centenaire du scoutisme.

3) Le scoutisme en France

a. Développement du scoutisme (13,15,16)

Dès 1910 apparaît en France la 1^{ère} troupe de scout, sous l'influence du pasteur méthodiste Gallienne, qui accueille et éduque de jeunes ouvriers et apprentis dans un foyer parisien, et du pasteur Williamson.

En 1911 sont fondés les ***Eclaireurs de France***, sous l'impulsion notamment de Nicolas Benoit (qui a découvert le scoutisme en Angleterre et mourra au champ d'honneur en 1914) et de Georges Bertier. Il s'agit d'un mouvement neutre, laïc, ayant pour devise « tout droit » et dont l'emblème est un arc tendu.



Parallèlement, sont fondés la même année les ***Eclaireurs Français*** par le baron Pierre de Coubertin, qui prône des valeurs nationalistes fortes, et dont l'emblème est un Gaulois casqué et la devise « sans peur ».



En 1912, le pasteur Williamson fonde le mouvement des ***Eclaireurs Unionistes de France***, d'obédience protestante et dont le symbole est un coq. Ces trois premiers mouvements vont donner une impulsion décisive au scoutisme français.



En 1920, est fondé le premier mouvement de scoutisme catholique, les ***Scouts de France***, sous l'impulsion d'une figure décisive et marquante du scoutisme français : le Père Jacques Sevin, un Jésuite. Il fédère les différentes tentatives catholiques et adapte le scoutisme de Baden-Powell aux principes de l'Évangile. Dessinateur, écrivain, compositeur, il devient le premier commissaire général du mouvement, mais se consacre rapidement à la formation des chefs.

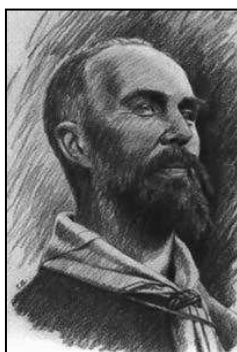


Figure 2 : le Père Jacques Sevin

L'emblème du mouvement est celui des premiers chrétiens, la Croix potencée, agrémentée d'un trèfle, qui remplace la fleur de lys des Britanniques, connotée royaliste en France. Le chanoine Cornette, premier aumônier général du mouvement, qui a reçu l'appui du Cardinal de Paris, ainsi que Paul Coze, un passionné de culture amérindienne (dont il va imprégner la pédagogie du mouvement) qui a pratiqué le scoutisme dans sa jeunesse en Egypte, et Edouard de Macédo, sont les autres fondateurs de ce qui va rapidement devenir le plus important mouvement scout en France. Le Pape Pie XI adoubera les Scouts de France en 1925.



Le premier mouvement de scoutisme féminin est créé en 1921 : la **Fédération Française des Eclaireuses**, comptant trois sections (neutre, protestante et israélite). Deux ans plus tard, Albertine Duhamel fonde les **Guides de France**, catholiques, qui prendront un essor formidable à une époque où les filles n'avaient que peu d'occasion de se réaliser par elles-mêmes. Le mouvement fusionnera avec les Scouts de France en 2004, devenant ainsi les **Scouts et Guides de France**.

Les **Eclaireurs israélites de France** apparaissent en 1923, sous l'impulsion de Robert Gamzon alias « Castor », petit-fils du grand rabbin de France. Leur devise : « la passion de l'action ». Bien que mineur, ce mouvement va jouer un rôle social important dans la communauté juive, tout d'abord en aidant les migrants d'Europe de l'Est à s'intégrer, puis en sauvant de nombreux enfants des griffes du nazisme. En 1948, une partie des cadres partent en Israël participer à la construction du jeune Etat.

Dans les colonies, le scoutisme s'implante dès 1920 avec des petites unités de colons. Puis des mouvements « autochtones » voient le jour : les **Scouts de Tunisie** en 1933, la **Fédération indochinoise du scoutisme** en 1937 (après le mythique raid Paris-Saigon de Guy de Larigaudie et Roger Drapier) et surtout les **Scouts Musulmans d'Algérie** de Mohamed Bouras en 1939. Ces mouvements seront le lit des sentiments de nationalismes montants après 1945.

La Seconde Guerre Mondiale va être un tournant dans l'Histoire du scoutisme en France. Interdit en zone occupée, comme dans toute l'Allemagne nazie où les mouvements de jeunesse sont tous remplacés par l'unique « *Hitlerjugend* », obligatoire, le scoutisme va y entrer en clandestinité. Certains chefs seront déportés pour Résistance. En zone libre, le scoutisme doit faire allégeance au Maréchal Pétain et au régime de Vichy. Il s'organise sous l'égide du Général Lafont et du Général La Porte du Theil. Les différents mouvements seront regroupés au sein de l'association le ***Scoutisme français***. En opposition avec la collaboration pro-allemande de plus en plus marquée du gouvernement, et notamment le durcissement de son action contre les Juifs, cette nouvelle association va être touchée par des dissolutions de groupes scouts de plus en plus nombreuses. Le Général La Porte du Theil sera déporté en janvier 1944.

Le mouvement scout sort ainsi très affaibli de la Seconde Guerre Mondiale. De plus, son image est ternie par les groupes de jeunesse militarisés (*Jeunesse Hitlérienne* en Allemagne, *Balilla* en Italie, les *Jeunes du Maréchal* en France), pourtant systématiquement désavoués par Baden-Powell. Le Parti Communiste Français, sorti grandi du conflit, tente de développer un mouvement laïc pour encadrer la jeunesse et reprendre le flambeau des mouvements d'obédience religieuse. Le journal rouge *Vaillant* annonce en juin 1945 la naissance des « *Amis de Vaillant* », officiellement déclarés ***Union des Vaillants et des Vaillantes*** en 1946. Leur devise : « Unir et servir ». Un mouvement apolitique, laïc et national est en outre créé l'année suivante, les ***Eclaireurs Neutres de France***.

Par ailleurs, est organisé en France en août 1947 le 6^{ème} jamboree, à Moisson. Baptisé « Jamboree Mondial de la paix », il rassemble 25 000 scouts du monde entier. Dans un élan de réconciliation formidable, des scouts Allemands, Italiens ou Hongrois y rencontrèrent ainsi des enfants de France, d'Angleterre et des Etats-Unis.

C'est dans ce même état d'esprit que vont être fondés, en 1958 en France, les ***Guides et Scouts d'Europe***, cherchant à promouvoir les échanges spirituels et culturels Est-Ouest, notamment par les *Eurocamps* et les *Eurojams*, en restant fidèles aux préceptes de Baden-Powell.

Les Scouts de France, dont les effectifs et les idéaux se sont évanouis avec les meurtrissures de la guerre, confient à Michel Menu, héros de la Résistance, la tâche de relancer le mouvement. S'inspirant des « *Eagle scouts* » Américains, il crée en 1949 les « *Raiders scouts* », sorte de scouts haut de gamme au béret vert et en tenue de commando, pratiquant un scoutisme plus en

phase avec les aspirations des adolescents de l'époque : judo, sports mécaniques, parachutisme, transmission... Il propose aux jeunes de nouveaux modèles d'identification (l'officier militaire, le scientifique, le jeune père de famille...) et un idéal spirituel dans cette époque de progrès. Ces unités remportent un franc succès mais Michel Menu ne peut endiguer la déliquescence du mouvement.

En effet, à partir de 1963, sous l'égide du nouveau Commissaire Général, François Lebouteux, une série de réformes va aboutir à un véritable schisme. Les Scouts de France décident de faire table rase de leur passé catholique, abandonnent le système des patrouilles, reformulent la Loi Scoute de Baden-Powell, simplifient l'uniforme qui devient plus négligé et remettent en cause la notion même de chef. Enfin, la branche « Eclaireurs » (12-17 ans) est scindée en deux : les « Rangers » (12-14 ans) et les « Pionniers » (14-17 ans). Devant la brutalité et l'intransigeance de ces réformes, de nombreux chefs souhaitant continuer à pratiquer un scoutisme traditionnel quittent le mouvement avec leurs unités. Certains rejoignent les Scouts d'Europe à la suite de Pierre Joubert (dessinateur de la légendaire collection « Signe de Piste »). D'autres, comme Pierre Delsuc, s'unissent pour donner naissance au mouvement des *Scouts Unitaires de France* en 1971. Michel Menu, quant à lui, quitte le scoutisme. Il va fonder en 1969 les Goums, sorte de raid dans le dépouillement à travers les Causses. Il est décédé le 2 mars 2015 (18).

b. Les différents mouvements aujourd'hui (12,19–21)

Une des spécificités du scoutisme en France est la multitude de mouvements (une soixantaine) qui composent son paysage. Dix associations sont actuellement agréées et reconnues d'intérêt public par le Ministère de la Jeunesse et des Sports.

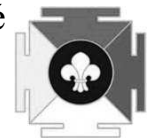
- Cinq d'entre elles sont regroupées dans la **Fédération du Scoutisme Français**, créée en 1940 :
 - les *Scouts et Guides de France*, d'orientation catholique, qui, avec 70 000 adhérents est le premier mouvement scout français en termes d'effectifs.



- les *Eclaireurs de France*, association laïque et mixte, qui organise, en plus de leurs groupes scouts traditionnels (environ 10 000 adhérents), des activités dites ouvertes (colonies de vacances, accueil de personnes handicapées...)
- les *Eclaireurs Unionistes de France*, d'obédience protestante, regroupant environ 6 000 scouts.
- les *Eclaireurs Israélites de France*, d'éducation juive et comptant environ 4000 membres.
- les *Scouts Musulmans de France*, créés en 1990 par Cheikh Khaled Bentounès, environ 3 000 membres à l'heure actuelle.



- Le mouvement marginal (200 adhérents) des *Eclaireurs de la Nature*, fondé en 2007, d'inspiration bouddhiste et écologiste, est engagé dans un partenariat avec la Fédération du Scoutisme Français.



- Trois autres associations sont regroupées depuis 1999 dans la **Conférence Française du Scoutisme** :

- les *Guides et Scouts d'Europe*, chrétienne (principalement catholique en France), comptant environ 30 000 adhérents (deuxième mouvement en termes d'effectifs)



- les *Eclaireurs Neutres de France*, rassemblant des unités confessionnelles (*Scouts de Saint Louis*, *Scouts de Riaumont*...) ou non, un effectif total de près de 3 000 scouts.



- la *Fédération des Eclaireuses et Eclaireurs*, mouvement dans la pure tradition scoute créé en 1989 à partir de groupes dissidents des *Eclaireurs Neutres de France*, comptant environ 2 000 adhérents.



- Enfin viennent les *Scouts Unitaires de France*, catholiques, signataires du « *Message aux familles* », texte fondateur de la Conférence Française du Scoutisme (cf annexe 3), mais n'y adhérant pas. Ils sont environ 25 000.



4) Le Scoutisme « Européen » (22–24)

Dans la mesure où notre étude porte sur un Eurojam, rassemblement international des *Guides et Scouts d'Europe*, il nous a paru intéressant de nous plonger plus en avant dans l'histoire de ce mouvement.

L'idée d'un mouvement de scoutisme européen va naître au 7^{ème} jamboree mondial de 1951, à Bad Ischl, en Autriche. En pleine période de renaissance après les années sombres de la Deuxième Guerre Mondiale (rappelons que le scoutisme était interdit dans les régimes totalitaires), 13 000 scouts venus du monde entier se retrouvent dans un pays libéré du joug nazi.

Des chefs scouts Autrichiens - notamment Friedrich Perko - Allemands, Italiens et Français ont l'idée d'un mouvement scout « paneuropéen » qui préviendrait d'autres conflits sanglants par une paix durable, basée sur l'entente entre les jeunes. Après un camp d'été commun à Bad Marienberg en 1952, le premier groupe des *Europa Scouts* est fondé en Autriche. Basé à Vienne, il met en avant une vision européenne et traditionnelle du scoutisme, sans caractère religieux. La section allemande apparaît en 1953, et l'année suivante des groupes sont fondés en France, en Italie, au Luxembourg.

Cependant, des tensions internes apparaissent dès 1956, notamment du fait de la structure monolithique du mouvement (une association autrichienne à laquelle sont rattachés les groupes des autres pays), de sa neutralité religieuse et parfois de son néo-militarisme.

Jean-Claude Alain (de son vrai nom Jean Léopold), jeune chef Français des *Europa Scouts*, mais également auteur dans la collection « Signe de Piste » et directeur de la collection « Jamboree », propose alors l'idée d'une fédération d'associations européennes indépendantes. Le 1^{er} novembre 1956, la ***Fédération du Scoutisme Européen*** est créée, et Jean-Claude Alain en devient le premier commissaire général.

Le 1^{er} article des statuts précise qu'il s'agit d'une « *association scoute internationale, composée de sections nationales, et dont le but est de pratiquer le scoutisme de Baden-Powell dans le cadre de l'idée européenne et sur les bases chrétiennes que postule l'idée d'Europe unie* ». Elle propose donc un scoutisme traditionnel, fidèle à celui de Baden-Powell et du Père Sevin, dans une vision d'unité et de fraternité chrétienne pour une paix durable en Europe. Vision d'avenir, chère aux grands dirigeants européens que seront Adenauer, Schuman ou De Gasperi.

La jeune Fédération va se doter l'année suivante d'un « Directoire Religieux », qui précise dans son article 7 le caractère œcuménique du mouvement, rendant possible la formation d'unités « ouvertes » avec des chrétiens non-catholiques, et qui laisse dans son article 9 la possibilité aux chefs de groupes d'accepter dans leurs unités des jeunes non-chrétiens (à la condition toutefois que cela n'altère pas la formation spirituelle des autres).

L'association française, les *Scouts d'Europe*, est fondée en 1958, la même année que sa cousine allemande. Elle deviendra, en 1970, les *Guides et Scouts d'Europe*. En 1959 naît l'association britannique, et en 1960 l'association belge.

L'année 1962 marque un tournant dans l'histoire de l'association française. En effet, elle voit l'intégration au mouvement des groupes de la *Communauté Scoute de Bleimor*, alias « *Scouts Bleimor* » de Perig et Lizig Géraud-Keraod. Ces groupes, bien qu'affiliés aux *Scouts de France*, possèdent leurs propres statuts, et avaient pour but d'apprendre le folklore original de Bretagne aux Scouts Bretons émigrés à Paris. En cette même année, de vives tensions, tant intérieures (avec les groupes d'Alsace) qu'extérieures (avec l'Allemagne, la Belgique et la Grande-Bretagne) poussent Jean-Claude Alain à la démission. Perig Géraud-Keraod, devenu Secrétaire National des *Scouts d'Europe* et adoubé par la Fédération du Scoutisme Européen, prend la direction de l'association. Il lui donne alors une nouvelle impulsion, souhaitant faire revivre le scoutisme catholique traditionnel du Père Sevin. Il adapte les textes fondamentaux, en intégrant notamment la loi scoute et les principes des *Scouts de France*, ainsi que la « Charte Catholique du Scoutisme » du Saint Siège. Ceci met fin aux unités dites « ouvertes » (la possibilité de groupes chrétiens non-catholiques dans la Fédération existe toujours, dans un esprit d'œcuménisme, mais séparés des groupes catholiques). Il élabore également un « Cérémonial ». Enfin, il ajoute un échelon « Province » (définie comme une communauté linguistique et culturelle) aux échelons « Fédération » (européenne) et « Association » (nationale). Cela lui tient particulièrement à cœur dans sa vision de l'Europe comme association de peuples plutôt que d'Etats.

Les années suivantes verront les *Scouts d'Europe* prendre un essor considérable en France, grâce au passage de nombreux groupes des *Scouts de France* qui refusent la nouvelle méthode « non-unitaire » (scission de la branche verte, les 12-17 ans et de leurs fameuses patrouilles, en deux branches), et grâce au travail réalisé par Perig Géraud-Keraod. Entre 1962 et sa mort, en 1997, l'association passe d'environ 300 membres à près de 30 000.

En Europe, le mouvement ne cesse de s'étendre et de nouvelles associations sont créées : aux Pays-Bas en 1969, au Luxembourg et en Italie en 1976, année où la *Fédération du Scoutisme Européen* (FSE) devient l'***Union Internationale des Guides et Scouts d'Europe*** (UIGSE), et en Suisse en 1977. Puis en Espagne et au Portugal (1978), en Autriche (1981) et en Irlande (1982). Une association canadienne rejoint même le mouvement en 1973. Après l'effondrement de l'URSS, des associations sont fondées dans les pays de l'ancien Bloc de l'Est : Hongrie en 1990, Roumanie en 1991, Lituanie en 1992. En 1995, l'association scoute polonaise *Zawisza* rejoint l'UIGSE. Puis se forment des associations en Lettonie, en Albanie et des rapprochements sont faits avec des scouts Bulgares orthodoxes, des Russes (de l'association ORUR), Biélorusses, Ukrainiens, Tchèques et Slovaques.

L'UIGSE est reconnue comme « Association de Fidèles Laïcs » par le Conseil Pontifical pour les laïcs en 2003. Elle regroupe à l'heure actuelle plus de 55 000 adhérents dans une vingtaine de pays.

B. LA VIE SCOUTE

Nous nous proposons de faire une brève présentation du scoutisme, tel qu'il est vécu aujourd'hui au sein des Guides et Scouts d'Europe, mouvement qui fait l'objet de notre étude.

1) Buts du scoutisme

Le scoutisme est fondamentalement un mouvement d'éducation par des méthodes actives. Baden-Powell le conçut comme l'élément manquant dans le parcours de l'enfant et de l'adolescent, pour le temps libre entre l'école et la famille, fournissant un complément d'éducation morale, au travers des activités de plein air. (15)

Les buts du scoutisme d'Europe sont : (25)

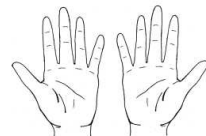
- la **santé** : enfants et adolescents manquent souvent d'énergie, d'endurance, de souplesse. La vie scoutie au grand air restaure l'équilibre de vie et enseigne aux jeunes gens à lutter contre leurs ennemis : usage du tabac, de l'alcool, sexualité précoce ou toxicomanie



- le **caractère** : la vie communautaire développe les qualités requises à la construction d'une personnalité solide, empreinte de courage, de volonté et de dépassement de soi.



- le **sens du concret** : complémentaire à la scolarité, le scoutisme met l'accent sur la créativité, l'habileté manuelle, l'esprit pratique. Loin du virtuel, le scout construit et se construit.



- le **don de soi** : le scoutisme amplifie et traduit en actes la générosité innée des jeunes, leur permettant de réaliser que le bonheur vrai repose sur le don de soi et le service des autres.



- le **sens de Dieu** : au travers de la vie scoutie, chacun découvre la présence de Dieu dans sa vie, en lui et chez les autres, et laisse la lumière de l'Évangile éclairer son existence.



2) La Devise, la Loi, les Vertus, les Principes

- La **Devise** des scouts, bien connue, et créée lors des grands rassemblements, est « *Scouts toujours... prêts !* », traduction et adaptation de l'anglais « *Be... prepared !* » (15). Pour Baden-Powell, cela signifiait avoir l'esprit et le corps toujours en état de faire son devoir. (13)
- La **Loi Scoute** est un code d'honneur en dix articles, que l'éclaireur s'efforce d'appliquer dans sa vie quotidienne. Le texte originel de Baden-Powell, sans référence divine, sert de base à cette loi. L'emblématique version rédigée par le Père Sevin est celle des *Scouts d'Europe* : (16)

1. Le Scout met son honneur à mériter confiance.
2. Le Scout est loyal à son pays, ses parents, ses chefs et ses subordonnés.
3. Le Scout est fait pour servir et sauver son prochain.
4. Le Scout est l'ami de tous et le frère de tout autre Scout.
5. Le Scout est courtois et chevaleresque.
6. Le Scout voit dans la nature l'œuvre de Dieu: il aime les plantes et les animaux.
7. Le Scout obéit sans réplique et ne fait rien à moitié.
8. Le Scout est maître de soi : il sourit et chante dans ses difficultés.
9. Le Scout est économe et prend soin du bien d'autrui.
10. Le Scout est pur dans ses pensées, ses paroles et ses actes.

- Les **Vertus** du scout d'Europe sont : franchise, dévouement, pureté.

- Ses trois **Principes** sont : (24)

1. Le devoir du Scout commence à la maison.
2. Fidèle à sa patrie, le Scout est pour l'Europe unie et fraternelle.
3. Fils de la chrétienté, le Scout est fier de sa foi: il travaille à établir le règne du Christ dans toute sa vie et dans le monde qui l'entoure.

3) L'allégeance au chef et la Promesse

La troupe scoute est constituée de patrouilles, quatre en général, qui portent le nom d'un animal et en poussent le cri de ralliement. Chaque patrouille est dirigée par un chef, le CP (chef de patrouille), désigné par le chef de troupe. (13). Les scouts, en arrivant dans la troupe et avant de prononcer leur promesse, font allégeance au chef de patrouille.

L'allégeance symbolise l'accueil du nouveau scout dans sa patrouille (26) :

*« Je te promets de t'obéir comme au chef,
d'être fidèle à la patrouille
et de travailler avec toi chaque jour
à mieux connaître la loi scout, mon pays et ma foi. »*

Le chef de patrouille répond :

« Tu peux compter sur moi. »

Ainsi, la vie d'un scout (ou d'une guide) est tout entière jalonnée de rites de passage qui permettent à l'enfant puis à l'adolescent de se construire. La **Promesse**, est le moment le plus important de cette progression personnelle. Elle est « l'âme du scoutisme ». Etape mûrement préparée, elle engage le jeune scout pour toute sa vie. (16)

Voici le texte que le jeune scout d'Europe prononce à voix haute, solennellement, entouré par sa troupe : (24)

*« Sur mon honneur, avec la grâce de Dieu, je m'engage
à servir de mon mieux Dieu, l'Eglise, ma patrie et l'Europe,
à aider mon prochain en toutes circonstances,
à observer la Loi Scout. »*

Le scout est ensuite béni par le prêtre. Il peut dorénavant porter la « Croix de Promesse » (la Croix des *Scouts d'Europe*) sur son béret et effectuer le **Salut Scout**, qui s'effectue trois doigts levés (l'index, le majeur et l'annulaire, représentant les trois Vertus), le pouce recouvrant l'auriculaire replié (ce qui symbolise l'esprit chevaleresque du fort protégeant le faible). (16)



La populaire « **B.A.** », ou bonne action, chère à Baden-Powell, découle directement de cette promesse. Elle est l'engagement à rendre quotidiennement service à autrui. Traduit de l'anglais « *good turn* », elle est un geste gratuit, simple, visant à développer le don de soi. (16)

4) La Prière Scoute (22,26)

La Prière Scoute, commune à tous les scouts catholiques, est celle du Père Jacques Sevin d'après Saint Ignace de Loyola :

*« Seigneur Jésus,
Apprenez-nous à être généreux
À Vous servir comme Vous le méritez, à donner sans compter,
À combattre sans souci des blessures, à travailler sans chercher le repos,
À nous dépenser sans attendre d'autre récompense
Que celle de savoir que nous faisons Votre Sainte Volonté. »*

Néanmoins, dans le contexte douloureux de l'après-guerre, les Allemands trouvèrent celle-ci trop belliqueuse. Les Scouts d'Europe adoptèrent donc cette version de la prière de Saint François d'Assise :

*« Seigneur, Fais de nous des instruments de Ta paix !
Apprends-nous à répondre à la haine par l'amour
À la discorde par l'union, à l'erreur par la vérité
Au désordre par la clarté de Ton règne!
Rends nos cœurs droits et ouverts
Pour savoir découvrir Ton visage dans celui de chaque compagnon
Rencontré aux carrefours de l'Europe ou du monde
Amen »*

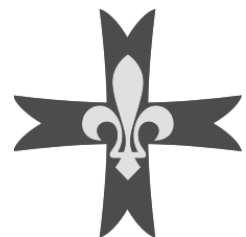
5) Les symboles

Une des caractéristiques du mouvement est l'importance qu'il attache au cérémonial et aux rites. Les uniformes et les symboles sont décrits dans le *Cérémonial des Guides et Scouts d'Europe*.

a. L'emblème (22,26)

L'emblème des *Scouts d'Europe*, choisi dès 1956 et dessiné par Pierre Joubert, est une croix de Malte à huit pointes, chargée d'un lys d'or.

La croix des chevaliers hospitaliers de Saint-Jean-de-Jérusalem symbolise la foi chrétienne et ses valeurs, sa couleur rouge représente le dévouement et le sang des martyrs morts pour la liberté, et ses huit pointes les huit Béatitudes du Sermon sur la Montagne (Mt 5,1).

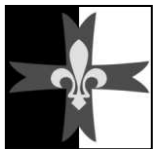


Le lys, fleur idéale, symbole universel du scoutisme choisi par Baden-Powell, indiquait, sur les anciennes cartes maritimes, le Nord, l'Etoile Polaire, la *Stella Maris*. Sa couleur dorée apparaît comme celle du métal précieux qui ne s'oxyde pas.

L'emblème du mouvement figure principalement sur la croix de promesse, la croix de poitrine, le ceinturon et sur l'étendard du mouvement, appelé Baussant.

b. Le Baussant (26)

Le Baussant est l'étendard des *Guides et scouts d'Europe*. Il s'inspire directement de l'étendard des Templiers. Son fond est bicolore, noir à gauche et blanc à droite. Comme sur le gonfanon templier, où elles sont superposées, ces couleurs représentent la lutte du bien contre le mal. Sur ce fond figure l'emblème du mouvement.



c. L'uniforme (15,16,26)

Au départ simple tenue pratique inspirée de l'uniforme anglais, l'uniforme est devenu partie intégrante de l'identité scoute. Celui des *Scouts d'Europe* est l'uniforme traditionnel des Scouts Français, dessiné par Pierre Joubert.

- le **béret** à deux flots, circulaire, plat et sans visière, fut préféré en France après la Seconde Guerre Mondiale au chapeau traditionnel à quatre bosses de Baden-Powell (lui-même inspiré du Stetson des cow-boys). Léger, robuste, il protège du soleil et des intempéries, évente ou sert d'oreiller.
- Le **foulard**, bien roulé et propre, est la marque universelle du scoutisme, ses couleurs indiquent l'appartenance à leur groupe local. Il sait aussi se rendre utile en de nombreuses circonstances...



- La **chemise** est beige pour les Scouts et bleu ciel pour les Guides. Sur la chemise sont cousus des insignes qui marquent les différentes progressions du scout (classes, badges, brevets majeurs...). En plus d'indiquer des capacités, ils incitent les plus jeunes scouts à prendre exemple sur les plus grands et ainsi à progresser. D'autres insignes sont là pour marquer l'appartenance au mouvement, mais aussi au pays, à la province, au groupe (souvent apparenté à une ville) et à la patrouille (flots). Le premier bouton de la chemise reste ouvert, montrant ainsi que le scout est accueillant et l'ami de tous. Les manches sont remontées car le scout est toujours prêt à servir.



- Le **pull-over** est en laine, bleu marine.
- Le scout porte une **culotte courte** en velours cordelé bleu marine, y compris en hiver. Les guides portent une **jupe ou une jupe-culotte** bleu marine en toile ou en velours selon les saisons.
- Le **ceinturon** est en cuir, avec une boucle couleur bronze portant la Croix des *Scouts d'Europe*, et parfois au verso la phrase de Périg Géraud-Keroad « *Boucler son ceinturon c'est accepter librement une discipline, c'est être prêt à partir* ».
- Les **chaussettes** sont ordinairement bleu marine, et blanches le dimanche et les jours de fêtes.

d. Le staff de patrouille (16)

Le staff est l'emblème de la patrouille. Il est constitué d'un fanion en tissu, souvent triangulaire, et d'un bâton en bois servant de mât. C'est le chef de patrouille (CP) qui en est le porteur. Chaque fanion est décoré, sur l'une des faces, de l'emblème de la patrouille en forme d'animal, et de l'autre de l'insigne du mouvement. Ils peuvent encore être brodés de devises, d'une date, d'insignes représentant la région, les grands camps... Le staff est en quelque sorte « l'âme de la patrouille ».





6) La pédagogie

Rappelons que le scoutisme est avant tout un mouvement visant à compléter l'éducation des enfants et des adolescents, en complément de ce qu'ils reçoivent à l'école et à la maison. Sa pédagogie se développe sur les éléments suivants :

- un modèle d'identification : puisé dans l'Histoire, il est traditionnellement le Chevalier, l'Indien ou le Missionnaire, il deviendra par la suite l'Officier militaire, le Scientifique ou le Père de famille. (15)
- un système de hiérarchie : parfois mal compris, il installe un système d'encadrement basé sur l'âge des Eclaireurs et leurs compétences, ordonnant la vie de l'unité. Au sein de la troupe, les décisions sont prises par la Cour d'Honneur, une assemblée de chefs où les CP sont les porte-paroles de leur patrouille. (15)
- le jeu : les activités scouties sont organisées sous forme ludique, génératrices d'amitiés durables. Le scout découvre que la règle du jeu est avant tout source de liberté, d'hygiène de pensée et de vie. Le jeu, répondant aux rêves et aux aspirations, forme le « je ». (25)
- la nature : Baden-Powell définissait le scoutisme comme « le civisme à l'école des bois ». En effet, le respect et l'amour de la nature sont au cœur du scoutisme, inscrits dans sa Loi. Les fondateurs du mouvement insistèrent sur les dangers pour les jeunes citadins de se couper d'un environnement naturel. La connaissance de la météorologie, des arbres et de leurs fruits ou l'apprentissage du pistage de traces animalières découlent des activités organisées en forêt et en campagne. Le travail de la pierre et du bois (*froissartage*) enseignent l'adaptation aux contraintes et la beauté de la nature (15,16,25).
- l'exercice physique : la bonne santé physique et mentale est travaillée au travers des nombreuses activités en plein air (16)
- le secourisme : idéal du service aux autres, son apprentissage fait partie des piliers de la progression scoutie et est largement développé dans les revues scouties. (15,16)



- la signalisation et transmission : directement inspirée du travail des éclaireurs de l'armée, la maîtrise des techniques de communication à distance comme le morse ou le sémaphore, est indispensable à tout bon scout (16).

- l'orientation : observation des astres, maniement d'une boussole, lecture d'une carte topographique sont autant de techniques à connaître pour partir à l'aventure. (16)
- les nœuds : Baden-Powell : « *Tout Eclaireur doit savoir faire des nœuds. [...] Il peut arriver souvent que des vies humaines dépendent d'un nœud bien fait ou mal fait.* » (13)
- la cuisine : une bonne alimentation est la garantie de la bonne santé et de la bonne humeur. C'est pourquoi le poste de cuisinier est l'un des plus importants d'une patrouille. Celui-ci doit à la fois contenter ses frères scouts et rationner les quantités. Toute une panoplie de technique a été développée pour lui permettre de mener à bien sa mission dans des environnements compliqués. Sa créativité sera récompensée au « Concours de cuisine » entre les patrouilles. (16)

- le chant : il est l'expression, joyeuse et naturelle, de la vie. Des centaines de chansons, composées ou adaptées, sont regroupées en recueils (*Hodari* chez les *Scouts d'Europe*). (13,16)

7) Les activités

a. Les sorties de fin de semaine (13,16)

Le calendrier annuel d'une troupe de scouts est tout entier tendu vers un seul but : le camp d'été. En préparation de celui-ci, afin de souder les patrouilles et de développer leurs connaissances, d'autres activités sont organisées. Des sorties ont lieu le dimanche ou sur des week-ends complets, généralement en patrouille, sur un site (forêt...) proche du local. Le local est le lieu de vie d'une troupe, généralement divisé en « coins de patrouilles » aménagés par celles-ci, où l'on stocke du matériel et où les scouts peuvent se retrouver tout au long de l'année.

Les sorties sont l'occasion pour les patrouilles de s'organiser, de camper, de faire des jeux, des veillées... Tout simplement de pratiquer le scoutisme.

Certains week-ends sont l'occasion d'activités particulières où les parents sont conviés : week-ends de rentrée où chaque patrouille est réorganisée par le renouvellement de ses membres (cérémonie du passage), fêtes de groupe ou de District (rassemblement de plusieurs groupes d'une même zone géographique) en fin d'année, pèlerinages en District ou en Province...

b. Le camp d'été (13,15,16)

Période magique et excitante, le camp d'été est l'apothéose de l'année scout. Il permet la pratique et le perfectionnement du scoutisme sur plusieurs semaines, à la campagne, à la montagne ou à la mer, dans une région généralement éloignée voire un pays étranger. Sa préparation est soignée de longue date par les chefs (thème, activités, planning, financement, matériel...) et son organisation validée par l'Association et le Ministère de la Jeunesse et des Sports.

Le campisme, art de bien camper, fait partie intégrante de la pédagogie et même de la spiritualité scout. Il implique une esthétique et une pratique rigoureuse : mobilité, frugalité, autosuffisance, réduction des besoins personnels au strict minimum, immersion dans la nature, respect de l'environnement... Avec sa méthode dérivée des techniques militaires, le scoutisme fut d'ailleurs l'un des propagateurs du camping en France.

Après la découverte exaltante du lieu de camp, vient le temps de son appropriation par les installations, qui sont la réalisation par les éclaireurs d'ouvrages en technique traditionnelle (mât de camp, coin cuisine et table à feu, feuillets, tente surélevée, table à manger et table à vaisselle, coin toilette...). Le principe est d'utiliser ce que la nature offre (arbres...) et de construire avec un outillage simple (hache, scie, tarière...) des installations belles et fonctionnelles, permettant de vivre en plein air comme on vit chez soi.

Une journée type au camp commence par la toilette et le rangement des tentes, qui seront inspectées, puis vient le lever des couleurs, où la troupe salue et chante l'hymne devant le drapeau national hissé au mât de camp. La journée alterne ensuite des activités (jeu, olympiades, concours cuisine...) et les temps calmes (repos, lecture, repas et leur préparation, conseil des chefs de patrouilles). Elle se termine enfin par la veillée autour du feu de camp et de ses doux crépitements, sous le ciel étoilé. Moment de créativité et de détente avant de se coucher, les scouts y chantent, dansent, racontent des histoires, miment des sketches, réalisent des saynètes théâtrales et terminent en priant.

Outre les *Olympiades* et le *Concours Cuisine*, on peut citer parmi les moments marquants du camp le *RED* (*Reconnaissance, Exploration, Découverte*), où les scouts partent à l'aventure pendant quelques jours pour résoudre des énigmes en suivant un itinéraire prédéfini par leurs chefs, et le *Grand Jeu*. Moment probablement le plus marquant d'un camp, il dure vingt-quatre à quarante-huit heures, est organisé autour d'un thème (souvent historique) et permet aux scouts de mettre en œuvre les techniques apprises au cours de l'année : transmission, topographie, marche, camouflage...

c. Les grands rassemblements : *Jamboree* et *Eurojam*

Si les camps d'été peuvent être l'occasion de jumelages entre troupes, parfois même de pays différents (notamment chez les *Scouts d'Europe* qui ont vocation à la fraternité européenne), d'autres temps privilégiés pour ces rencontres sont organisés par les différentes associations.

Traumatisé par la boucherie de la Première Guerre Mondiale, à laquelle la première génération de scouts paya un lourd tribut, Baden-Powell voyait dans les *Jamboree* une façon simple de pratiquer la fraternité et la compréhension entre les nations. Le mot « *jamboree* », donné par Baden-Powell qui n'en a jamais révélé la signification exacte (voulant que les scouts donnent eux-mêmes un sens à ce mot), serait tiré du zoulou. Rassemblement mondial, image du dynamisme du mouvement scout, les *Jamboree* internationaux sont organisés tous les quatre ans. Le premier fut organisé en Angleterre en 1920. Les *Jamboree* internationaux sont organisés par l'**OMMS** (*Organisation Mondiale du Mouvement Scout*), regroupant 160 organisations nationales scout (les dates, lieux et nombre de participants aux différents *Jamboree* sont détaillés en Annexe 1). La France y est représentée par la *Fédération du Scoutisme Français* et les cinq mouvements qui la composent. (15,20)

A noter que de nombreuses associations organisent également plus régulièrement des *Jamboree* nationaux voire régionaux.



Les *Guides et Scouts d'Europe*, non affiliés à l'OMMS (qui ne reconnaît qu'une seule organisation par pays), et à la vocation d'une chrétienté paneuropéenne toute particulière, organisent des rassemblements de toutes les associations qui la composent dès les années 1960. Ces équivalents de *Jamboree* sont d'abord baptisés *Eurocamp* ou *Jamborette* avant de prendre le nom d'*Eurojam* à partir de 1984. Ils sont alors organisés tous les dix ans. L'Eurojam 2014, sur lequel va porter notre étude, a eu lieu en Basse-Normandie, à Saint-Evroult-Notre-Dame-des-Bois, du 1^{er} au 10 Août, sous le patronage de Robert Schuman et de Ste Thérèse de Lisieux. (22,25,27)

1984	Velles (France)	5 000 scouts	12 pays
1994	Viterbo (Italie)	7 500 scouts	
2003	Zelazko	8 500 scouts	
2014	St-Evroult-N.D-des-Bois (France)	13 000 scouts	18 pays

Tableau 1 : Historique des *Eurojam*



Figure 3 : Ecusson de l'Eurojam 2014

II. Scoutisme et Santé

Notre préambule nous a permis de mieux comprendre à la fois les enjeux éducatifs du Scoutisme mais aussi les changements d'environnement que sa pédagogie propose. Nous pouvons désormais percevoir quelles contraintes sa pratique peut imposer et les risques sanitaires qui en découlent.

Nous allons maintenant étudier les menaces, qui rendent ce nouvel environnement « hostile », en nous appuyant sur les études déjà réalisées dans le cadre du scoutisme mais aussi et plus largement dans le cadre des camps d'été pour jeunes.

La sécurité des jeunes étant la priorité des parents au moment du choix d'un camp pour leurs enfants (4,28), nous détaillerons ensuite les principales réglementations et mesures mises en place pour prévenir blessures et maladies.

A. UN MILIEU HOSTILE

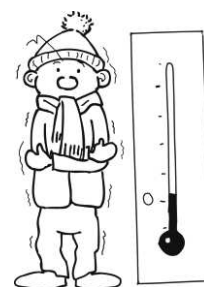
De part sa nature même et ses activités, le Scoutisme place de jeunes adolescents dans des conditions inhabituelles, hostiles pour eux, notamment en grand camp d'été, ou en rassemblement extraordinaire s'étalant sur plusieurs semaines.

1) Le climat

Si l'impact sur la santé de la météorologie peut nous paraître léger ou banal dans notre vie quotidienne, son importance semble croître considérablement dès lors que nos organismes se trouvent confrontés aux aléas climatiques de manière plus vive, sans nos confortables habitations et leurs technologies pour les en protéger.

a. Le froid

En tant qu'être vivant homéotherme, l'homme se doit de maintenir la température interne de ses organes vitaux (cerveau, cœur et reins principalement, mais également viscères abdominaux) constante.



L'organisme développe pour cela des mécanismes de thermorégulation visant à équilibrer la perte et la production de chaleur. Ces mécanismes sont efficaces pour des températures variant approximativement entre 0 et 45°C, et doivent toujours être associés à une régulation dite comportementale (recherche d'un environnement adapté).

Le refroidissement provient d'échanges thermiques avec le milieu ambiant par phénomènes de radiation, de convection (particulièrement quand il y a du vent) et de conduction (beaucoup plus rapide dans l'eau que dans l'air). En réponse, l'organisme réduit sa déperdition thermique (thermolyse) par vasoconstriction périphérique et augmente sa production de chaleur (thermogénèse) par des contractions musculaires volontaires ou involontaires (frissons thermiques). (29,30)

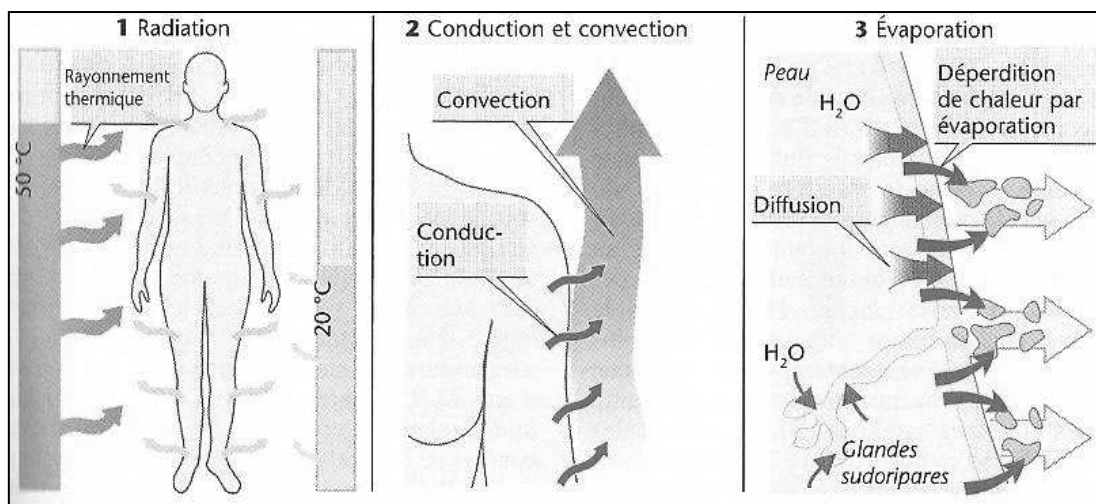


Figure 4 : Mécanismes de déperdition thermique (29)

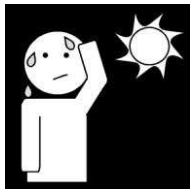
Si les activités scouts ont rarement lieu en zone très froide, elles sont fréquemment organisées en zone tempérée où, même l'été, les températures peuvent être modestes pendant plusieurs jours, nécessitant une adaptation permanente de l'organisme. D'autres camps scouts ont lieu en montagne, où la température nocturne peut descendre très bas, impliquant une réponse rapide (brutale quand la température diurne était élevée) pour le maintien de l'homéothermie. Ainsi de jeunes scouts souvent citadins vont s'exposer à des situations inhabituelles pour eux, qui vont nécessiter à la fois une sollicitation de leurs systèmes de thermorégulation, peu entraînés, et une adaptation de leurs comportements.

C'est justement une différence des comportements face au froid (formation et connaissance du froid, bonne alimentation et hydratation, habillement et équipement) associée à des facteurs individuels de résistance (métabolisme, âge, santé physique, personnalité) qui explique que chacun ne soit pas touché de la même manière par de basses températures (30,31).

Ainsi, si une **fatigue** accrue est générale parmi les jeunes (nous y reviendrons par la suite), l'**hypothermie** modérée est un motif de consultation ponctuel dans les rassemblements scouts (32) où le froid est par ailleurs un facteur d'exacerbation de maladie asthmatique (33). Les pathologies plus sévères du froid (hypothermie sévère, gelures) semblent rares.

b. La chaleur

Au-delà de 36°C dans l'air ambiant, les échanges thermiques que nous avons décrits plus haut s'inversent, ce qui a pour conséquence le réchauffement de l'organisme. Le refroidissement nécessaire de celui-ci ne peut alors plus se faire que par évaporation, d'eau (perspiration insensible et diffusion cutanée



secondaire à la vasodilatation périphérique) et surtout de sueur (29). L'évaporation nécessite une bonne ventilation des zones de sudation et sera plus difficile si le taux d'humidité est élevé, notamment au-delà de 50-60% d'hygrométrie (30).

Ici encore, les facteurs individuels de résistance et d'adaptation comportementale sont importants et on retrouve chez les jeunes scouts la problématique d'une situation peu courante pour eux. Ceci est d'autant plus sérieux que si le froid reste quelque chose de relativement occasionnel dans les camps et rassemblements scouts, il n'en est pas de même pour le chaud. La saison, le choix de sites plutôt ensoleillés, la vie en plein air avec exposition permanente aux rayonnements solaires participent entre autres à faire des problèmes liés à la chaleur un motif fréquent de consultation chez les scouts.

Les pathologies entraînées par une chaleur excessive sont par ailleurs largement favorisées par l'activité physique qui augmente la thermogénèse (l'activité musculaire représente jusqu'à 90% de la production de chaleur en situation d'exercice) (29). En premier lieu surviennent la **déshydratation**, souvent insidieuse, par perte d'eau et de sels minéraux, et une **fatigue** importante (« asthénie à la chaleur » avec céphalées, nausées, anxiété, tachycardie, tachypnée). La résultante de ces deux phénomènes peut conduire à l'**épuisement de chaleur** (*heat exhaustion*). Enfin, l'accident le plus grave est

sans doute le **coup de chaleur**, de symptomatologie brutale associant troubles neurologiques, hyperthermie maligne (supérieure à 41°C) avec lyse cellulaire et absence de sudation (témoignant de la sidération des centres de thermorégulation hypothalamiques) puis collapsus, anurie, ictère et décès en l'absence de prise en charge (30,34). Ces atteintes gravissimes sont rarement rencontrées dans les camps scouts, fort heureusement.

Les pathologies dues à l'action directe des rayons solaires sur l'organisme sont quant à elles plus fréquentes. Ainsi, les cas d'**insolation** semblent assez nombreux, notamment dans les rassemblements ayant lieu pendant des périodes de forte chaleur. Leurs symptômes régressent après repos, rafraichissement et réhydratation (11,35). Les cas de **coups de soleil** (brûlure par agent physique) sont très fréquents (11,28,36) bien qu'ils puissent être facilement prévenus par des mesures simples : obliger les jeunes à mettre une crème écran total et interdire toute sortie entre 10 et 14 heures (6). Un diagnostic différentiel du coup de soleil est l'allergie solaire, ou **lucite**, également motif de consultation fréquent dans les camps scouts (11).

c. Les intempéries

Hormis ces agressions thermiques, les scouts peuvent avoir à faire face à des intempéries soutenues. Il est bien rare en effet que le mauvais temps les épargne pendant un camp de plusieurs semaines. Ainsi, la pluie, le vent, les orages, aggravent bien entendu les problèmes liés au froid, mais amènent aussi un certain inconfort et entraînent leur lot de menaces spécifiques.



De violentes tempêtes peuvent par exemple être à l'origine de la destruction des installations scouts et de **blessures** consécutives à leur effondrement (37). Les cas de foudroiement sont rarissimes, hormis en montagne (30).

La pluie peut aggraver le **péril infectieux** encouru par les scouts, en disséminant dans leur environnement les germes excrétés par des animaux séjournant dans la même zone (phénomène de « lessivage » et ruissellement (38–40)). Ce fut par exemple le cas en l'an 2000, dans un camp scout installé dans la province d'Aberdeen en Ecosse, où une pluie abondante dissémina des *E. Coli O157H7* provenant de selles de moutons, et fut responsable de 20 cas de Syndrome Hémolytique et Urémique, dont un dut être dialysé (41,42).

En France, ce risque infectieux existe avec la leptospirose (urines de rongeurs) ou l'échinococcose (selles de canidés), mais aussi la lambliaose, les douves, les ténias, la toxoplasmose... (38,43)

De même, les intempéries peuvent rendre sous-optimal le traitement des eaux usées dans la zone de camp, et conduire ainsi à l'utilisation d'eau contaminée (phénomène de « shunt » des stations d'épuration (39)). On trouve ainsi des exemples d'**épidémies** virales (méningites à *Echovirus* (44), gastroentérites à *Norovirus* (45), hépatites A ou E...) bactériennes (*Shigella* (46,47), *E. Coli*...) ou parasitaires (*Giardia* (40,48,49), *Cryptosporidium* (40)...).

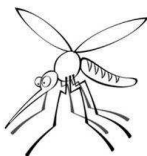
Par conséquent, les mesures d'hygiène élémentaires (lavage des mains et des ustensiles de cuisine...) doivent être drastiques si les conditions météorologiques sont difficiles, et les zones de pâturages ne doivent pas être choisies comme lieu de camp (42).


2) La faune et la flore

Outre le problème infectieux que nous venons d'évoquer, la faune et la flore locales peuvent poser plusieurs problèmes.

a. Les insectes

- Leurs **piqûres et morsures** apparaissent comme un motif récurrent de recours aux soins (de 2 à 6% des demandes selon les études) dans les camps (5,10,11,36,50). Si les piqûres d'arthropodes (moustiques, araignées) pouvaient jusqu'alors sembler bénignes sous nos latitudes, un risque supplémentaire semble à craindre avec la dissémination récente (notamment sur le pourtour méditerranéen) de moustiques du genre *Aedes*, responsables de la transmission d'arboviroses telles que la Dengue, le Chikungunya ou le virus Zika (38,51–53). Citons aussi la possibilité de nécrose cutanée secondaire à la morsure de certaines araignées du genre *Loxosceles*, présentes en Europe et en Amérique du Nord (30,54). Les piqûres d'hyménoptères comme les guêpes ou les frelons sont habituelles dans les camps scouts (3) et peuvent engager le pronostic vital en cas d'anaphylaxie sévère.



Il nous faut ensuite mentionner le problème des tiques, ô combien répan-

dû répandu chez les scouts (10,32,36) et parfois responsables d'authentiques maladies de Lyme (28). Celles-ci doivent être prévenues par le port de vêtements longs et fermés imbibés de *perméthrine*, l'application des répulsifs cutanés recommandés (*DEET*, *IR 35/35* ou *citrodiol*), l'examen cutané quotidien des zones habituelles de piqûres (plis de flexion, cuir chevelu...) et l'ablation rapide de toute tique fixée à la peau par une méthode mécanique (pince fine, tire-tique...). L'antibioprophylaxie par *amoxicilline* ou *doxycycline* est à discuter au cas par cas dans les situations à risque de maladie de Lyme : piqûres multiples, long délai d'attachement, fort taux d'infestation connu (cf figure 5) (30,55). Nous pouvons encore noter la possible transmission par ces insectes du virus de l'Encéphalite à tiques, contre laquelle il existe un vaccin, recommandé chez les scouts amenés à séjourner dans les zones endémiques d'Europe Centrale (38).

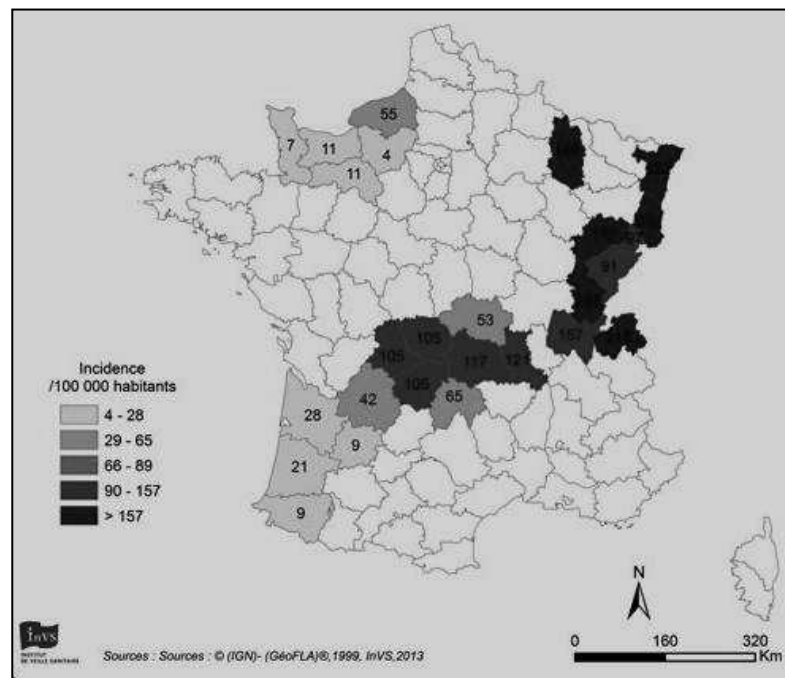



Figure 5 : Incidence de la maladie de Lyme en France pour 100.000 habitants
 (source Institut National de Veille sanitaire 2013)

- Par ailleurs, de véritables **dermatites** parfois généralisées peuvent se développer au contact d'autres insectes, notamment des lépidoptères (papillons, mites et leurs larves), et de leurs poils urticants. On parle de papillonite, plus fréquente sur le continent américain qu'en Europe. (5,35,56)



- Un mot enfin des insectes-parasites à transmission interhumaine : poux de la tête ou plus rarement poux du corps (vecteur de maladies bactériennes), punaises, puces, qui trouvent dans les camps scouts un lieu propice à leur expansion... Un dépistage systématique de leur présence en début de rassemblement semble efficace pour prévenir une épidémie (5)

b. Autres animaux

- Des cas de **morsures de serpents** sont rapportées (6,57), même si celles-ci sont provoquées par des espèces non-venimeuses et semblent rares. Il est bon toutefois de rappeler qu'environ 100 à 200 envenimations ophidiennes surviennent chaque année en France métropolitaine. La plupart ont lieu l'été durant les activités d'extérieur. Les principales espèces en causes sont des vipères (aspic ou péliade), au fort pouvoir venimeux pouvant mener au décès en l'absence de prise en charge (58). La prévention repose principalement sur le port de chaussures fermées, même si cela favorise la survenue de « pied d'athlète » (5), et l'éviction des zones de hautes herbes pour les jeux. Il peut encore être utile de prévoir un kit d'aspiration et de former le personnel soignant à la prise en charge de ces morsures. (30)
- 
- D'autres animaux sauvages peuvent poser problème si les jeunes et les chefs qui les encadrent ne sont pas suffisamment attentifs à l'environnement qui les entoure et ne prennent pas conscience du respect nécessaire qu'ils doivent avoir pour ce monde vivant dans lequel ils évoluent pendant les camps. Un souvenir personnel revient ici : la brusque apparition un matin au réveil d'une laie et des ses petits marcassins à quelques mètres de notre tente... Ceux-ci passèrent paisiblement dans le silence que nous gardâmes mais leur réaction eut pu être bien différente si nous nous étions affolés ou avions voulu « jouer » avec eux... Nombreux sont les scouts qui racontent des histoires semblables. En écho à cela, la littérature rapporte des cas de morsures de bêtes sauvages (36).
 - Enfin, les dépouilles d'animaux morts sont dangereuses car à haut risque de contamination (grippe aviaire...) (43)

c. La flore

Certes moins « agressive » que la faune de part son côté passif, il n'en reste pas moins qu'elle présente certains dangers :

- Certaines plantes exposent à un risque élevé d'**allergie cutanée**, parfois grave, comme le sumac vénéneux (« herbe à puces ») (5,6) ou la berce géante (« chouelle ») (59). Des dermatites de contact peuvent également survenir après l'utilisation de certaines plantes (citron vert, figues, céleri...) en cuisine ou pour les jeux (60).



- D'autres sont responsables d'**allergies respiratoires** (pneumallergènes comme le pin ou l'ambroisie) ou **digestives** (trophallergènes comme les fraises). Si la plupart de ces allergies sont connues des jeunes avant les camps, elles sont néanmoins un motif de recours aux soins fréquent (4,5), et des primo-réactions restent possibles dans un milieu auquel le système immunitaire n'est pas accoutumé.
- De manière indirecte, et notamment aux abords des zones de culture, les scouts peuvent également être exposés à des végétaux contaminés par divers insecticides, herbicides, fongicides, dont la toxicité est avérée pour certains, suspecte pour d'autres. Le bon sens peut conduire à éviter de telles aires pour l'organisation des activités récréatives. (61)
- Enfin, les scouts et leurs chefs doivent être vigilants quant à la consommation alimentaire d'éventuelles cueillettes (champignons, baies, fruits...). La distinction entre espèces comestibles et toxiques est en effet très délicate. Ainsi périt Christopher Mc Candless, héros posthume du célèbre film *Into the Wild*... Par ailleurs, les aliments issus de la cueillette peuvent être contaminés par des parasites, qu'il faut éliminer par une préparation adéquate. (62)



3) La vie en groupe

Comme nous l'avons vu dans notre préambule, un des principaux buts du scoutisme est l'apprentissage de la vie en société, en groupe, basée notamment sur le don de soi. L'unité au sein d'une patrouille et la diversité des compétences de ses membres est le gage de sa bonne conduite dans les difficultés (30). Les scouts apprennent pour cela à se connaître tout au long de l'année avant de partager une vie commune pendant les quelques semaines du camp d'été. C'est pour eux une occasion de se faire de nouveaux amis, de varier leurs activités (28), de développer indépendance, confiance en soi, sociabilité et « débrouillardise » (2,33), et d'apprendre le respect de la discipline et des règles de vie en société (3). Dans certains cas, les camps peuvent encore faciliter l'insertion sociale (63). A cela s'ajoute pour les jeunes de nombreux bénéfices somatiques comme perte de poids, amélioration ou stabilisation de pathologies chroniques (asthme, diabète, néphropathies...), stimulation de la croissance (33). Cependant ces nombreux bénéfices vont parfois de paire avec des risques inhérents à la vie en collectivité.

a. Risque infectieux

En premier lieu revenons sur les pathologies infectieuses que nous avons déjà abordées précédemment. Si, comme nous l'avons vu, des épidémies d'origine hydrique peuvent survenir, le principal mode de propagation des agents pathogènes reste très largement la **contamination interhumaine** (64). Ainsi les infections transmissibles représentent approximativement 30% des demandes de soins dans les camps d'été. Les mesures préventives mises en place semblent fortement limiter leur propagation. (4).

Les sites infectés sont, dans l'ordre : le **tube digestif** (en moyenne 10% des motifs de recours aux soins), la **sphère ORL** (9%), les **voies respiratoires basses** (5%) et la **peau** (4%) (5,6,10,11,36).

Les diagnostics les plus fréquentes sont gastro-entérites (3), angines - d'où l'utilité de se munir de test de diagnostic rapide du *Streptocoque A* (65) - bronchites, otites et infections cutanées locales mais on trouve également des cas de varicelle (11,35,66), de rougeole (11,35), de rubéole (11), d'oreillons (33,67)...

L'été, la **grippe** survient par épidémie, comme ce fut le cas en Amérique du Nord en 2009 avec la grippe *H1N1*. Une étude réalisée alors dans un camp de cadets de l'US Army montrait le rôle décisif de la promiscuité dans ces situations (68). Les virus à tropisme respiratoire ou cutané semblent être ceux pour lesquels la transmission interhumaine est la plus rapide (33,64).

Dans la plupart des cas, la contagion est initiée par un **cas index** déjà malade au moment de son arrivée sur le lieu de camp. Ce phénomène a pu notamment être mis en évidence lors d'épidémies de gastro-entérite (35,69,70) et de bronchite (71).

Ces différentes constatations convergent toutes vers un constat unique : l'absolue nécessité d'une **prévention efficace** afin de permettre le bon déroulement du camp (10). Celle-ci doit reposer sur la vaccination (et sa vérification avant le camp), l'éducation (ne pas venir au camp malade, consulter rapidement en cas de symptômes...), l'hygiène (lavage des mains, du linge, de la vaisselle...), le dépistage précoce (notamment en début de camp) et surtout l'isolement strict des sujets atteints (4,5,28,68,71). Enfin, et malgré tout cela, l'incidence des maladies infectieuses semblant croître avec la durée du camp, du fait de la multiplication des contacts et de la fatigue accumulée, certains auteurs proposent de limiter la durée des camps à une dizaine de jours (6).

b. Risque psychologique

La vie en groupe peut se révéler difficile pour certains jeunes d'un point de vue psychologique. En effet, pendant l'été, les scouts se trouvent éloignés de leurs familles, dans un nouvel environnement, voire une nouvelle culture, qui sont sources d'anxiété (57). L'**adaptation** est alors un véritable « challenge psychologique », que tous ne parviennent pas à relever de la même façon selon leur âge, leur vécu, leur caractère, leur personnalité (10).

Ainsi, dans les camps, le « **mal du pays** » et les difficultés psychologiques diverses totalisent environ 1% des demandes de soins (10,11,28) et surviennent souvent dans les premiers jours du camp (65). Ce



chiffre monte aux alentours de 20% dans les camps pour jeunes déficients mentaux (36). D'autre part, les problèmes psychiques peuvent prendre la forme de **plaintes somatiques**, répétées et atypiques, qui se traduisent par une demande accrue en soins, notamment chez les plus jeunes (28,31,33).

Enfin, l'expérience psychologique d'une maladie ou d'une blessure contractée pendant un camp est plus mauvaise que si elle survenait dans le cadre habituel des jeunes et génère du stress (57).

L'encadrement sérieux des chefs, leur écoute attentive aux plaintes des jeunes et l'esprit de corps dans les patrouilles sont la meilleure prévention de ces situations difficiles (30,31).

c. Risque traumatologique

Ce n'est certainement pas un hasard si des blessures surviennent dans 84% des camps (8). Parmi celles-ci, 80% semblent évitables (9).

En début de camp, les scouts sont bien souvent dans un état d'**euphorie** lié aux retrouvailles de leurs congénères et à la découverte de leur nouveau terrain de jeu. Ce stress aigu peut avoir des conséquences bénéfiques, mais il est aussi la cause d'un **surinvestissement** physique et mental, parfois dans un esprit de compétition, qui est fortement pourvoyeur d'accidents en tout genre (5). Ainsi, la majorité des événements indésirables ont lieu les premiers jours de camp (4). Les blessures surviennent de manière plus fréquente le soir, quand la fatigue et la baisse de luminosité se surajoute à cette euphorie, et pendant les heures où les scouts sont moins surveillés (5,9,28).

Ainsi, ici encore, c'est une surveillance attentive et une discipline (notamment horaire) rigoureuse qui semblent les meilleurs moyens de prévenir des accidents graves (9).



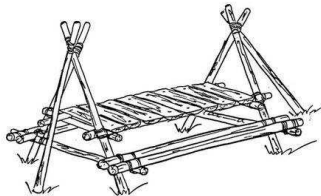
4) Les activités scout

Pour terminer ce chapitre sur les facteurs de risque de blessures et de maladies dans les camps, il nous faut aborder la question de la pratique du scoutisme en elle-même, telle que nous l'avons détaillée dans le préambule. En effet, les activités purement « scout », la vie scout, semblent être à l'origine de 60% des demandes de soins dans les camps (37). Cela peut s'expliquer, d'une part, par un milieu moins protecteur que le cadre de vie habituel des jeunes, et d'autre part par des activités à plus haut risque (5,33). C'est celles-ci que nous allons détailler maintenant.

a. Campisme

- D'une manière générale, il semble que par rapport à l'ensemble des camps de jeunes, de par sa pédagogie de « civisme à l'école des bois », c'est-à-dire d'une expérience de vie au contact de la nature, le scoutisme induise plus de blessures, notamment de blessures graves.

- Comme nous l'avons déjà évoqué, le début du camp et l'euphorie qui l'accompagne sont sources de nombreux incidents. Dans ce contexte, il est peu surprenant d'apprendre que le montage des installations est la cause de 12% des plaies qui surviennent pendant un camp (12). Les gestes en cause sont notamment le maniement de scies, de couteaux et de haches pour l'édification d'un beau campement (10,11).



- La cuisine semble également être un lieu à risque, principalement de **brûlures**. Plus de la moitié de celles-ci (soit environ 5% des recours aux soins) ont lieu pendant la préparation des repas (11,12).



Par ailleurs, la cuisine peut être le lieu d'une **transmission infectieuse** par contact indirect, si l'hygiène n'est pas rigoureuse (33). Le risque de consommation d'aliments contaminés est encore augmenté par des conditions de conservation parfois difficiles. Des toxi-infections alimentaires collectives, bactériennes (notamment les salmonelloses), parasitaires, ou plus rarement virales peuvent survenir (3,5,33,35,62,66). Enfin, la vaisselle et l'entretien du camp peuvent donner lieu à des ingestions de **produits toxiques**, volontaires ou non... (5,36)

b. Activités sportives

Stress et fatigue aidant, le risque de se blesser en camp est plus élevé qu'à la maison, principalement à cause des activités sportives qui rythment les journées des jeunes (11,33,72). Cela paraît être notamment dû à un défaut de protection, aussi bien individuelle que collective, et à une surveillance défaillante (28).

Le risque de se blesser est plus marqué dans le scoutisme que dans les autres types de camp, du fait de jeux particulièrement intenses (3), mais semble largement inférieur au risque de se blesser en pratiquant des sports collectifs en clubs (4).

D'après la littérature, 50% des contusions, 40% des plaies et 20% des brûlures surviennent pendant les jeux sportifs (12), ce qui représente environ 20% des recours aux soins (4). En corollaire, la traumatologie baisse de manière significative durant les journées de repos (6). Les blessures touchent de manière indifférente les garçons et les filles (4,72), atteignent surtout les membres inférieurs et supérieurs (82% des lésions), sont dues en premier lieu aux objets lancés et aux chutes (4,9,37) et affectent davantage les plus jeunes, chez qui elles sont souvent plus graves (4).

Parmi les activités sportives proposées en camp, certaines semblent par ailleurs plus dangereuses :

- la pratique de l'équitation ou de jeux avec des chevaux (rodéo...) semble être l'activité la plus risquée (5,28,72). Viennent en suite les courses de vélo ou de BMX (37), l'escalade (10) et les jeux d'assaut comme la « capture du drapeau » (28). Ces activités nécessitent la demande d'une autorisation spéciale auprès des autorités (43).



- Enfin, la baignade et les activités nautiques cumulent plusieurs risques sérieux : blessures (72), noyade (35,37) et infection par des germes à transmission hydrique. En effet, plusieurs virus (73) bactéries ou parasites (40) ont pu être isolés dans les bassins de loisirs, responsables de gastro-entérites ou d'otites externes (5,6). La prévention de ces dernières par un lavage auriculaire au vinaigre d'alcool après la baignade semble être efficace (6).



c. Rôle de la fatigue

Pour terminer ce chapitre, un mot sur la fatigue. Une grande étude américaine étudiant plus de 800 camps sur 5 ans a confirmé ce que l'intuition pouvait laisser présager : la fatigue accumulée, **associée à un défaut d'alimentation et d'hydratation**, est responsable de la plupart des événements indésirables survenant pendant les camps d'été, qu'il s'agisse de blessures ou de maladies infectieuses (4,72).

En effet, « *le scout ne fait rien à moitié* » et n'hésite pas à plonger avec toute son énergie dans les actions qu'il entreprend. En conséquence et comme nous l'avons vu plus haut, le climat, la vie en groupe et la densité des activités proposées peuvent mener certains d'entre eux à l'épuisement (5), favorisant les infections et les blessures, notamment des plus jeunes (33,68). La résistance individuelle joue un rôle crucial puisque 28% des événements sanitaires indésirables en camp semblent liés à une fragilité sous-jacente (4).



La **prévention** est simple mais primordiale : dès les premiers signes de fatigue (agacement, cernes, colère, maladresse, aphonie...), il est important que les jeunes et leurs chefs apprennent à « lever le pied », se reposer, s'hydrater, pour mieux profiter de leur camp par la suite. Une attention particulière doit être portée aux plus jeunes et aux enfants atteints d'une maladie chronique qui sont les plus fragiles (4). Enfin, comme nous l'avons déjà abordé concernant les risques d'épidémie infectieuse, la limitation de la durée des camps doit être envisagée afin d'éviter une fatigue trop importante d'un point de vue collectif (72).

B. PRISE EN CHARGE DE LA SANTE

Les paragraphes précédents nous ont permis de mieux percevoir quelles menaces pèsent sur les scouts lors des camps d'été. Les coûts humains (traumatisme de l'éviction d'un camp, séquelles de blessures...) et financiers des pathologies consécutives à ces risques doivent pousser à toujours plus de prévention (8).

Nous allons maintenant détailler les réglementations et les mesures mises en place dans un but de prévention ou de prise en charge de ces pathologies.

1) Préparation du camp

L'élaboration et la vie d'un camp sont encadrées par le *Décret n° 2002-883* relatif à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs (cf Annexe 5).

Des arrêtés (*20 février 2003, 3 juin 2004*) et instruction (*n°03-020-JS*) permettent certaines dérogations pour le Scoutisme en vue de l'organisation d'activités extraordinaires, notamment en autonomie, faisant partie intégrante de la pédagogie de Baden-Powell (cf Annexes 6 à 8). Le respect de ces règles est le préalable indispensable à l'autorisation administrative de la tenue du camp.

Les mois qui précèdent le camp doivent être l'occasion pour les chefs, de sensibiliser les scouts, les parents et eux-mêmes à la nécessaire prévention des risques. Celle-ci fait partie intégrante de la pédagogie du scoutisme.

Un des chefs assistants, « **l'assistant sanitaire** », titulaire de l'AFPS (Attestation de Formation aux Premiers Secours) ou du PSC1 (Prévention et Secours Civique de niveau 1), a un rôle important et doit être impliqué dans la gestion des risques sanitaires et leur prévention. Il est le garant du suivi de la Santé des jeunes toute l'année et durant le camp (43).

- Tout au long de l'année, des actions d'éducation auprès des jeunes peuvent être entreprises via des jeux adaptés ou des présentations dédiées lors des sorties de fin de semaine. Le **secourisme** est notamment un des piliers de la progression scout. Sa pratique doit être enseignée puis évaluée à travers les activités proposées (3,74). De fait, il semble que les connaissances en secourisme et en **hygiène** des jeunes scouts soient supérieures à celles des autres adolescents du même âge (2,75). En parallèle, une formation minimale des chefs à l'hygiène, à la diététique, à

la sécurité des activités et aux gestes d'urgences semble nécessaire (3,6,11,36). Cette formation est encadrée par les associations et réglementée par l'*arrêté ministériel du 9 février 2007* (43). Les parents se doivent d'être informés de leur rôle préventif (matériel et tenues nécessaires, vaccinations à jour, envoi en camp d'enfants en bonne santé et reposés...) par des tracts explicatifs ou des didacticiels en ligne (4).

- L'élaboration du projet de camp par les chefs doit être soignée.
 - Les moyens de transport à privilégier sont les transports en commun, pendant lesquels les scouts doivent être attentivement surveillés. A défaut, les parents peuvent conduire les jeunes dans leurs propres véhicules. Le transport des jeunes dans le véhicule des chefs est vivement déconseillé, et l'auto-stop strictement interdit. Sur le lieu de camp, la marche, moins dangereuse que le vélo est conseillée. Le *Code de la Route* doit être respecté si elle a lieu sur les chaussées (43).
 - L'impact sur la santé du lieu (climat, altitude, qualité de l'air...) et des dates de camp (laisser les scouts se reposer après l'année scolaire, ne pas prévoir un camp trop long...) ne doit pas être négligé (3,6). Le choix du lieu est par ailleurs réglementé par le *Code de l'Urbanisme* (article L 443-1), d'éventuels arrêtés municipaux (zones inondables, risques d'incendie...) et soumis à autorisation spéciale en forêt domaniale. Les camps ne peuvent être implantés sur le rivage de la mer et à proximité des monuments historiques. Les éclaireuses campent dans des propriétés closes, sécurisées (12,43).
 - L'emploi du temps ne devra pas être trop chargé (journées de repos), les activités adaptées aux compétences de la troupe et les menus choisis à l'avance et équilibrés (3,28,74).
 - Enfin, une trousse de secours et des protocoles d'hygiène et de prise en charge seront élaborés avec le conseil d'un professionnel de santé (8,36,74). Un deuxième niveau de mesures préventives peut être envisagé en cas de menace épidémique comme la grippe (prise systématique de température, port de masque...) (68).



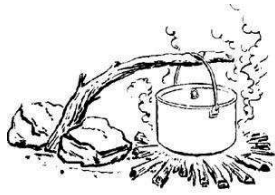
- L'*arrêté du 20 février 2003* (Annexe 6) donne les directives concernant le suivi sanitaire des jeunes. Chaque année, à l'approche du camp, des feuilles de liaison sont remplies par la famille (antécédents, allergies, traitements, statut vaccinal) et signées par le médecin traitant. A cette occasion, il est obligatoire de mettre à jour la vaccination contre la diphtérie, tétanos et poliomyélite. Les autres vaccins sont recommandés, du fait de la promiscuité (méningocoque, rougeole, oreillons...) ou d'un risque particulier (BCG, encéphalite à tiques, hépatite A...). Une autorisation de soins urgents est également demandée aux parents, et les problèmes administratifs (assurance, mutuelle, sécurité sociale) anticipés. (6,35,36,43)

2) Pendant le camp

Une fois sur place la prise en charge sanitaire des jeunes répond à un double objectif : prévenir la survenue d'évènements indésirables, et répondre à la demande de soins. Une fois encore, le rôle de ***l'Assistant Sanitaire***, en collaboration avec ses collègues, est prépondérant.

- A nouveau, il nous faut insister sur l'**hygiène**. Un guide, validé par le Ministère de la Jeunesse et des Sports, a été conçu par les différentes associations accueillant des mineurs, reprenant les consignes de l'*instruction n°02-124-JS du 9 juillet 2002* (62).
Le respect de ces règles est confié chez les scouts à un chef assistant expérimenté et bien formé sur le sujet : ***l'Intendant*** (43). Sa mission est capitale dans la réussite d'un camp. Les principales consignes à respecter sont les suivantes :
 - le camp doit disposer d'un accès à de l'eau propre et potable. Pour l'usage en cuisine, celle-ci doit être potable, stockée dans des contenants adaptés et bien entretenus (12,28,62) . Tous les fruits et légumes doivent être lavés avant consommation.
 - compte-tenu du risque important de blessures pendant la préparation des repas, celle-ci doit se faire sous surveillance étroite (62).

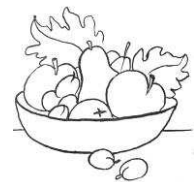
- la cuisine est installée dans un lieu dédié, facile à nettoyer, si possible ombragé, à l'écart des lieux de passage et de toilette, à l'abri des animaux et proche du lieu de service des repas. Les cuisiniers doivent se laver les mains, porter une tenue adaptée et être exempts de pathologie contagieuse. Un « coin vaisselle » est bien séparé de la cuisine.



- Un dispositif d'élimination des eaux usées (système public ou « trou à eaux grasses ») et des déchets est prévu. Tous les restes doivent être jetés aux ordures. L'évacuation des poubelles est quotidienne (43,62).

- les récipients et ustensiles de cuisine sont de qualité alimentaire, soigneusement nettoyés et séchés après utilisation. La vaisselle doit être stockée au propre et au sec de préférence dans des conteneurs fermés. Les produits d'entretien sont rangés à l'écart des denrées alimentaires (3,62,74).

- le stockage des aliments se fait dans une tente ou un local dédié, clos, propre, sec, à l'abri des poussières et des insectes et jamais à même le sol. L'intendant veillera à l'approvisionnement, au respect de la chaîne du froid, à la compatibilité des aliments avec les éventuelles allergies des jeunes et à la traçabilité des repas. Les denrées périssables doivent être contrôlées avant leur utilisation. (62,74)



- les aliments doivent être préparés peu de temps avant les repas. Les denrées sensibles nécessitent d'être bien cuites, à bonne température (braises abondantes et durables). La consommation de produits de cueillette doit être évitée. Néanmoins, leur usage pédagogique est possible sous surveillance des chefs et après avis des autorités (ARS notamment) (62).

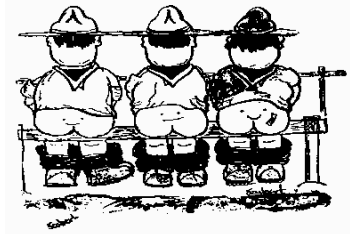
- le lavage des mains, de préférence par solution hydro-alcoolique, au minimum à l'eau potable, est nécessaire après le passage aux toilettes et avant la préparation des repas. Des dispositifs sont prévus en cuisine et aux sanitaires (62,68,74).



- la toilette des scouts, à l'eau et au savon, quotidienne, doit être vérifiée par les chefs (28)

- les scouts doivent régulièrement changer de vêtements et de sous-vêtements. Les tentes doivent être rangées et aérées tous les jours (43).

- les feuillets sont creusés à l'écart du bivouac, suffisamment en profondeur, et leur propreté est régulièrement contrôlée. Si leur hygiène n'est plus satisfaisante, ils seront rebouchés et remplacés (3).



- D'autre part, les chefs doivent veiller à la **sécurité des scouts** :

- qualité et sécurité de la construction des tentes et des installations. Le couchage des garçons et des filles de plus de 6 ans doit être séparé. Un abri en dur est conseillé en cas d'intempéries (43).

- tenue adaptée et correctement mise, notamment chaussures montantes (prévention des morsures animales et des entorses), protection contre le soleil, la pluie ou le froid (vêtements adaptés, couvre-chef, crème solaire...) (50)

- port de protections spécifiques lors des activités à risque (casque, baudrier, brassière flottante...) (28)

- surveillance, attentive et sans relâche, et respect de la discipline garante de l'intégrité physique et psychique de chacun.

- La **prise en charge des soins** sur le camp est organisée :

- elle a lieu dans une tente dédiée aux soins. Un lieu d'isolement est également prévu pour les cas de maladie contagieuse. (3)



- certains proposent un examen sommaire systématique à l'arrivée dans le but de dépister des maladies transmissibles : infections, poux... (5,8,33,72)

- les enfants ayant un traitement en cours doivent venir avec leur ordonnance et leurs médicaments (43)

- les médicaments sont tous stockés en sécurité, dans une trousse fermée à clefs, au sec, et sont exclusivement distribués par l'Assistant Sanitaire (5,74). Ceci permet d'éviter l'automédication, néfaste dans les camps de jeunes (76). La trousse de soins doit être correctement tenue et réapprovisionnée (43).



- un médecin doit être consulté au moindre doute. Les cabinets médicaux et pharmacies environnants auront d'ailleurs été listés avant le camp.
- les soins effectués et les traitements administrés sont tous soigneusement consignés dans un registre (6,33,36,43).
- en cas de pathologie sérieuse, la communication avec les parents est essentielle : ils seront informés au plus vite du diagnostic et de la prise en charge. (3,5)

3) Organisation lors des grands rassemblements

Dans les grands rassemblements comme celui sur lequel va porter notre étude, l'organisation de la réponse sanitaire à la demande de soins est plus lourde que dans les camps d'été, du fait du nombre important des jeunes réunis. La préparation de ces rendez-vous exceptionnels nécessite une équipe restreinte bien hiérarchisée qui travaille à l'élaboration du dispositif de santé une ou plusieurs années à l'avance. (10)

a. Structure

- Le dispositif sanitaire s'organise généralement autour d'un **hôpital local** (tente, baraquement, container...) qui coordonne l'activité, traite les cas les plus sérieux et assure la permanence de soins. Un secteur d'attente peut être aménagé à l'extérieur (10). Le nombre de lits d'hospitalisation est variable selon les organisateurs (en moyenne 1 lit pour 200 scouts) (6,11,35). Il est préférable de délimiter le secteur réservé aux isolements (5,68). Quelques salles de soins, équipées du matériel diagnostique et de petite chirurgie (stéthoscope, otoscope, tensiomètre, thermomètre, tests de diagnostic rapide, électrocardiogramme, sets de suture...), permettent de gérer les consultations (11,33,36). Au minimum, une de ces salles est dédiée aux urgences vitales (qui représentent 1,5% des consultations) et est armée en conséquence (oxygène, matériel d'intubation, défibrillateur, kit de perfusion,...) (11,32,36). L'évacuation des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) se fait par des sociétés spécialisées. Leur stockage est assuré dans des conteneurs (objets tranchants) ou sacs étanches (autres déchets) fournis par l'entreprise choisie.

Dans la mesure du possible, il est bon d'équiper cet hôpital de ventilateurs en cas de fortes chaleurs (5,11), et de séparer la zone d'organisation (bureaux, téléphone, internet...) de la zone de soins.

- Si le rassemblement s'étale sur une grande superficie, il peut être opportun d'installer des **dispensaires** dans des sous-camps. Cela facilite l'accès aux soins et désengorge l'hôpital local (10,35).
- La gestion d'aval des consultants doit être préparée. Des contacts sont établis à l'avance avec les **hôpitaux des villes les plus proches**, et maintenus tout au long du camp, par liaison radio ou téléphone (10,33,35,36,68). Les cas les plus graves, ainsi que les patients ayant besoin d'examen complémentaires poussés pourront être transférés dans ces hôpitaux plus facilement. En France, les interlocuteurs privilégiés sont le SAMU et le CODIS.
- Lors de très grands rassemblements, le dispositif de santé peut intégrer des structures dédiées aux **examens complémentaires**. Ainsi certains ont à leur disposition de la radiologie (principalement radiographie standard, parfois télétransmise) et de la biologie simple (ECBU, CRP...) (5,10,35).
- Un élément clé de l'organisation est enfin la **pharmacie**. Celle-ci doit coopérer avec une pharmacie locale afin d'assurer le maintien de stocks de médicaments usuels (antalgiques, antibiotiques, antihistaminiques, anti-diarrhéiques...) de matériel médical (attelles, béquilles...) suffisants. Ceux-ci sont stockés dans une zone d'accès fermé et si besoin dans des réfrigérateurs. Les traitements chroniques des scouts sont stockés dans cette même zone. (5,6,10,33,36)

b. Personnel soignant

- Les **médecins** sont bien entendu au cœur du dispositif. Leur présence au centre de soins est permanente la journée et ils doivent au minimum être sur le site et joignables par téléphone la nuit (10,33,35,68). Si leur nombre varie selon les organisations, il semble qu'un médecin pour 500 à 800 scouts soit une proportion satisfaisante (11).



Il est préférable qu'ils soient particulièrement présents pendant les pics de fréquentations de l'hôpital : en début d'après-midi, puis entre 19 et 22 heures (32). Les effectifs médicaux sont par ailleurs bien souvent renforcés par des médecins accompagnant les délégations étrangères, qui ne sont habituellement pas habilités à faire des prescriptions en France (reconnaissance de diplômes, inscription à l'Ordre...) mais dont le travail auprès de leur propre délégation est loin d'être négligeable (10,35). Généralistes ou spécialistes bénévoles, les médecins doivent être correctement couverts par leurs assurances (extension de responsabilité civile professionnelle) et connaître leurs limites et savoir transférer les patients dans une structure adéquate si le patient nécessite une prise en charge spécialisée (10).

- Les **infirmières** sont indispensables au bon fonctionnement de la structure de soins. Outre une fonction d'accueil et de tri des urgences, elles assurent des prises en charge lourdes en binôme avec des médecins et gèrent seules bon nombre de problèmes (10,33,36). Leur présence à l'hôpital doit être continue et il semble que le ratio idéal soit de trois infirmières pour un médecin (11). Par ailleurs, elles assurent l'administration ou l'injection des traitements, notamment chroniques, et la réfection des pansements (6,33).



- Les **secouristes**, qui sont souvent des routiers-scouts ou des volontaires d'autres associations, assurent une mission précieuse sur le terrain (11,35). Ils sécurisent notamment les aires de jeux et effectuent des patrouilles dans les bivouacs (10). Ils peuvent aussi assister les infirmières pour certains soins, notamment dans les dispensaires secondaires (33).



- Certains camps ont la chance d'avoir sur place un **dentiste**, dont la journée est alors bien remplie (10,66).
- Les **pharmaciens**, en plus d'assurer la bonne tenue de leur officine, ont un rôle de conseil important (10).

- Enfin, un service d'écoute par des **psychologues** est utile compte-tenu de la prévalence élevée des troubles psychologiques dans les grands rassemblements (10,33).

c. Transports sanitaires

Les transports au sein du campement ou vers l'extérieur constituent toujours un épineux problème. Il semble qu'il soit utile de faire appel à un **service d'ambulances indépendant** (privé ou public) qui assure lui-même la régulation des transports (7,66). Malgré cela, un manque de véhicules, conduisant à l'utilisation des voitures privées des médecins ou des infirmières, est souvent constaté... (5,7)



III. Eurojam 2014 : analyse du recours aux soins

Après avoir présenté le scoutisme et les risques pour la santé qui découlent de sa pratique, puis détaillé comment la gestion de ces menaces est organisée dans les camps et les grands rassemblements, nous allons aborder le cas particulier de l'Eurojam 2014.

En introduction, nous présenterons le dispositif sanitaire mis en place à cette occasion. Puis nous expliquerons quelle a été notre démarche d'investigation rétrospective. Nous détaillerons ensuite les résultats de notre enquête avant de finir en analysant ces données et en les comparant avec les études dont nous avons déjà parlé.

A. INTRODUCTION

1) Généralités (25)

Du 1^{er} au 11 août 2014 s'est déroulé en Basse-Normandie, dans la commune de Saint Evroult-Notre Dame des Bois (Orne), le quatrième Eurojam, grand rassemblement européen sous tente de 12000 guides et scouts d'Europe de 260 unités (1500 patrouilles).

L'Eurojam 2014 s'appuyait sur la maxime « *Venite et videte* » (« *Venez et voyez* »), invitation de Jésus à ses disciples, et était placé sous le patronage de Robert Schuman, père de l'Europe et bâtisseur de la paix, et de Sainte Thérèse de Lisieux, modèle de confiance en l'avenir par l'abandon spirituel. Les temps forts du rassemblement étaient des activités de jumelage entre patrouilles (ateliers techniques, veillées, jeux), de rencontres libres, un grand jeu et un pèlerinage vers Lisieux. Le programme des 11 jours de rassemblement est résumé dans le tableau 2 suivant.

<i>vendredi 1^{er} août</i>	Arrivée des scouts et installation du camp
<i>samedi 2 août</i>	
<i>dimanche 3 août</i>	Messe et cérémonie d'ouverture
<i>lundi 4 août</i>	Activités scouts (rencontres, jeux, pèlerinage...)
<i>mardi 6 août</i>	
<i>mercredi 7 août</i>	
<i>jeudi 8 août</i>	
<i>vendredi 9 août</i>	
<i>samedi 10 août</i>	Messe et cérémonie de clôture
<i>dimanche 11 août</i>	Départ

Tableau 2 : programme de l'Eurojam

Une telle rencontre nécessite, bien entendu, une préparation soigneuse et minutieuse. Outre les difficultés logistiques d'installation (17 jours de montage préalables, réseau électrique, canalisations, cabines de toilette...) et d'approvisionnement (150m³ d'eau par jour, 38 tonnes de nourriture sur les 11 jours...), la mise en place d'un dispositif sanitaire répondant aux besoins des scouts et aux exigences de Santé Publique était un enjeu clé de l'organisation de cet Eurojam.

2) Dispositif sanitaire

Une équipe de volontaires dévouée et restreinte a ainsi mis sur pied le projet que nous allons maintenant détailler, fruit d'un travail de plusieurs années.

D'après les extrapolations faites à partir des données du recours aux soins en France et du précédent Eurojam de 2003, les organisateurs prévoyaient environ **1800 demandes de soins** de toute sorte dont environ 460 consultations médicales sur la durée totale des 11 jours de camp (soit 42 consultations par jour). Le nombre d'urgences prévues était d'environ 5 par jour. Sur ces chiffres et d'après le travail moyen d'un médecin en France, la présence quotidienne de 2 médecins Français thésés la journée, assistés de 2 internes en médecine et de médecins étrangers volontaires (connus au dernier moment et n'étant pas habilités à faire des prescriptions) semblait amplement suffisante.

Le même calcul faisait prévoir un besoin de 6 infirmiers diplômés d'Etat par jour, assistés de 2 infirmiers étrangers et de 5 étudiants.

La **permanence des soins** nocturnes (23h-7h) serait assurée par un médecin et une infirmière.

En ce qui concerne les secouristes, le besoin calculé par le Dispositif Prévisionnel de Secours était de 16 dans la journée (sur tout le site) et de 2 la nuit. L'Association Nationale de Protection Civile (ADPC) a été retenue pour cette mission. Une de leurs ambulances serait disponible 24/24h, assurant le transport des blessés couchés. Deux autres véhicules seraient disponibles sur place pour le transport des blessés assis.

Ces différents acteurs de santé seraient suppléés dans leurs actions par des volontaires (logistique, brancardage, permanence téléphonique...).

La prise en charge des problèmes de santé serait organisée sur quatre niveaux :

- **niveau I** : au sein de chacune des 260 unités scouts présentes sur place, les assistants sanitaires exercent leurs missions habituelles et assurent l'orientation et l'accompagnement des jeunes vers le niveau supérieur si besoin. Des consignes leur ont été données par écrit avant le camp, portant sur les points d'attention spécifiques : recueil des « passeports santé » (fiche sanitaire et attestation de Sécurité Sociale), lutte contre les tiques (répulsifs, inspection journalière...), hygiène, lutte contre les insolation.

- **niveau II** : trois « antennes avancées de soins », sous tentes, réparties dans les sous-camps associent une infirmerie et un poste de secours de l'ADPC, assurant les soins infirmiers et les premiers secours sur la zone géographique correspondante. Ils ont également une mission de conseil auprès des assistants sanitaires et peuvent effectuer des visites ou des rondes dans les bivouacs. En contact radiotéléphonique avec le niveau supérieur, ils permettent l'orientation ou non des scouts vers celui-ci. Un quatrième site est situé au niveau de la base logistique, à 8 kilomètres des campements, afin de prendre en charge les volontaires qui y travaillent.

- **niveau III** : un « hôpital scout », au centre du lieu de camp, regroupe les médecins, la pharmacie, des infirmières et les véhicules de transport. Il assure coordination des soins (liaison avec les niveaux inférieurs et interface avec le SAMU 61 et les autorités administratives par des lignes téléphoniques dédiées), consultations, petite chirurgie, suivi des soins, isolements et hébergements, transport et permanence des soins 24h/24h. L'accueil et les consultations ont lieu dans un bâtiment en dur, l'hébergement et l'isolement dans des tentes adjacentes (60 lits de camps prévus avec séparation des garçons et des filles).

Pour chaque consultation, une *fiche de prise en charge médicale* est remplie. Une fois le diagnostic établi, les soins sont prodigués et les médicaments remis à l'assistant sanitaire de l'unité du jeune (à défaut un autre chef). Le pharmacien est en contact avec les pharmacies locales pour obtenir les traitements prescrits s'ils ne sont pas dans le stock. Si besoin, le jeune est transféré au niveau supérieur après régulation par le SAMU 61.

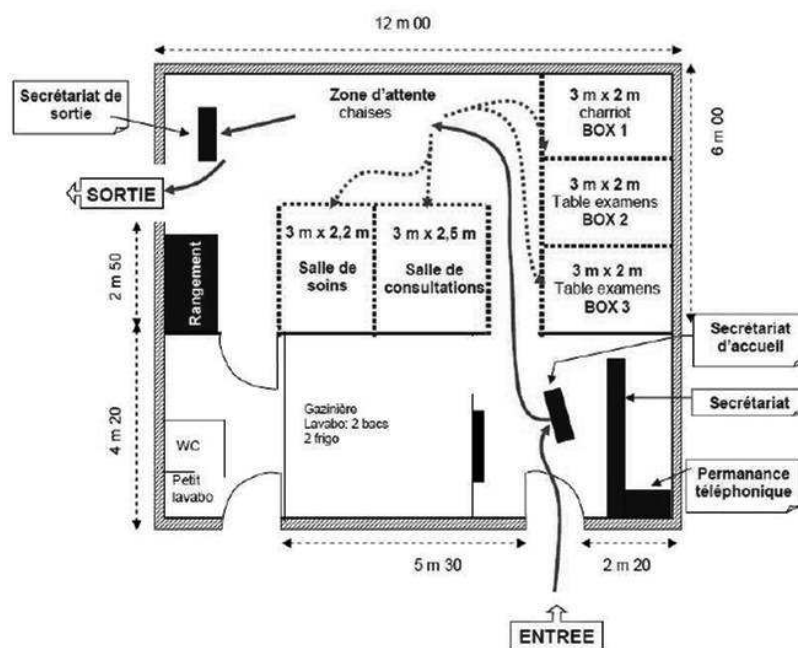


Figure 6 : Circuit de consultation dans l'hôpital scout

- **niveau IV** : il est constitué par les différents services de Santé de l'Etat des villes environnantes, qui accueillent les scouts ayant besoins de soins spécifiques ou nécessitant un plateau technique (imagerie, biologie, chirurgie...). Ce sont principalement les hôpitaux de L'Aigle, de Lisieux et d'Argentan, en communication avec le SAMU 61 et le SDIS 61.

La liste du matériel médical disponible sur place ainsi que les différentes procédures mises en place (hygiène, nettoyage, isolement...) sont disponibles en annexes 9 et 10.

L'ensemble du dispositif sanitaire est géré par un infirmier cadre anesthésiste. Le niveau III est sous responsabilité d'une cadre infirmière, un médecin généraliste a en charge la coordination médicale et un pharmacien assure le bon fonctionnement de la pharmacie centrale.

Chaque jour se tient une réunion avec les principaux acteurs et décideurs de l'Eurojam visant, entre autres, à faire le point sur le fonctionnement du dispositif sanitaire, les motifs de recours aux soins, les épidémies, les problèmes rencontrés, les mesures de prévention à mettre en place ou à ajuster. Sont présents à ces rendez-vous quotidiens :

- le Préfet de l'Orne
- un représentant du Ministère de la Jeunesse et des Sports
- les Maires des communes alentours
- un représentant des riverains
- un représentant de l'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie
- un médecin du SAMU 61 et un médecin du SMUR de L'Aigle
- le Commandant des pompiers du secteur
- les représentants fédéraux de l'UIGSE (Union Internationale des Guides et Scouts d'Europe)
- les différents responsables de l'eau, du feu, de l'intendance et de la santé de l'Eurojam

A partir des fiches de consultations établies durant l'Eurojam, notre étude a pour but de recenser le nombre de demandes de soins survenues pendant ces 11 jours, les motifs de ces demandes et la prise en charge proposée. A partir de ces données, et en comparaison avec les études précédentes dont nous avons déjà parlé, nous pourrions discuter des points forts et des points à améliorer du dispositif mis en place.

B. METHODES

Notre présence personnelle à l'Eurojam a consisté en une participation au dispositif sanitaire en tant qu'interne pendant deux journées et une nuit, au début du rassemblement.

Notre enquête est une étude épidémiologique descriptive et rétrospective basée sur l'analyse des fiches de prise en charge médicale ayant eu lieu à l'hôpital scout. Ces fiches, élaborées à l'avance par les organisateurs et théoriquement remplies à chaque consultation, comportent les informations suivantes (cf Annexe 11) :

- identité (nom, pays, âge, sexe, unité d'appartenance)
- présence du passeport santé
- motif, date et heure de la prise en charge
- constantes à l'arrivée (température, tension artérielle, pouls, évaluation de la douleur et glycémie capillaire si nécessaire), mesurées par une infirmière
- les données de l'interrogatoire
- l'examen clinique
- le traitement prescrit et les soins apportés
- l'orientation donnée au malade (retour au bivouac, surveillance à l'hôpital scout, à revoir en consultation de suivi, transfert au niveau IV) et les consignes données à l'Assistant Sanitaire

Nous avons pris le parti de n'inclure dans notre étude que les fiches dont au moins 3 de ces 8 catégories d'informations étaient correctement remplies, de manière lisible. Toutefois, certaines données sont peut-être manquantes même dans les fiches incluses dans notre étude.

A la fin de l'Eurojam, les fiches de prise en charge ont été soigneusement archivées chez le responsable principal du dispositif sanitaire, à Reims.

Notre travail a consisté au départ à récupérer ces fiches, à les numéroter (afin de préserver l'anonymat des scouts) puis à entrer chacune d'entre elles dans un tableur Excel selon un codage prédéfini (cf Annexe 12). Un exemple tiré de ce tableur est donné dans le tableau 3.

Les lignes correspondaient à chacune des fiches numérotées et les colonnes aux différents éléments que nous souhaitions étudier :

- sexe du malade
- âge
- pays d'origine
- motif de recours aux soins
- diagnostic établi à la fin de la consultation
- soins dispensés
- orientation donnée au malade en fin de consultation
- prescriptions médicamenteuses (deux traitements retenus)
- une éventuelle correction du diagnostic après examens complémentaires au niveau IV
- date de la consultation

n° fiche	sexe	age	pays	motif cs	diagnostic	soins	orientation	prescription 1	prescription 2	diag après secteur IV	date
411	M	15	France	64	67		1	13	87		7
412	M	13	France	42	44		1	22			7
413	F	18	France	15	14		2				7
414	M	14	Belgique	91		32	1				7
415	M	12	Lituanie	59	52		1	88			7
416	F	15	Russie	71	73		1				7
417	F	16	France	15	15	51	1	11			7
418	M	17	Lituanie	52	53		1	51	52		7
419	M	12	France	42	41		1	24	22		7
420	M	12	Belgique	42	41		1	22	11		7
421	M	12	Pologne	14	11	41	4				7
422	M	12	France	41	41		8	22	41		7
423	M	13	Pologne	41	41		8				7
424	M	14	France	35	41		8	25	41		7
425	M	14	Biélorussie	51	52		1	11	52		7
426	F	14	Allemagne	14	11	42	1				7
427	M	16	France	15	15		4	11	13		7
428	M	13	France	14	11	41	3				7
429	M	24	Allemagne	43	41		1				7
430	F	12	Italie	43	41		8	11			7
431	M	18	France	15	11	32	1				7
432	M	14	France	41	41		1	41	22		7
433	F	13	Italie	41	42	11	9			41	7
434	F	14	France	15	15	51	1	13			7
435	M	11	Italie	41	41		2				7
436	M	14	Italie	52	53		1	11	56		7
437	M	16	France	35	66		1	52			7

Tableau 3 : Exemple des données recueillies tiré du tableur Excel

L'utilisation de fonctions spécifiques du logiciel Excel (comme les tableaux croisés dynamiques, les formules mathématiques et les graphiques) nous ont permis de dégager des moyennes, des médianes, des variances, mais aussi des proportions de chacune des catégories étudiées en fonction des autres.

Certains résultats sont exprimés en fonction du nombre de « journées-campées » (« Camp Day's » ou CDs), qui est le total des nuits de l'ensemble des participants, c'est-à-dire la multiplication du nombre de jeunes présents par le nombre de journées passées au camp, afin de permettre des comparaisons fiables avec d'autres travaux.

Les résultats sont d'abord comparés dans les différents sous-groupes de populations (âge, sexe, pays, date de consultation...), puis dans un deuxième temps, confrontés à ceux des études précédentes.

Les variables de réponses quantitatives sont analysées par test de Student non apparié (après vérification de l'homoscédanéité des séries par test de Fischer-Snedecor).

Les variables qualitatives sont interprétées par calcul du Khi-deux et test de l'hypothèse d'indépendance H_0 , soit par tableaux de contingence, soit par calcul direct d'une variable normale centrée réduite (μ ou ε). Les fonctions correspondantes du logiciel Excel sont utilisées pour le calcul des *p values*. En cas d'effectifs observés ou espérés inférieurs à 5, les *p values* sont calculées par le test exact de Fisher via le calculateur online *biostaTGV* (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>).

La valeur de significativité retenue est p inférieur à 0,05. C'est-à-dire un risque de ne pas retenir l'hypothèse d'indépendance alors qu'elle est vraie inférieur à 5%. Un ajustement par la correction de Bonferroni est effectué pour l'interprétation des comparaisons entre plusieurs sous-groupes.

C. RESULTATS

1) Généralités

Après une période préparatoire d'installation, l'Eurojam s'est déroulé du 31 juillet soir au 11 août midi, soit **11 jours et 11 nuits**. Le nombre de participants était de **12 800**, environ 6500 scouts et 5500 guides, auxquels on ajoute 800 volontaires présents en moyenne (dont environ la moitié d'hommes).

Le nombre de journées-campées est donc de **140 800 CDs** (12800 x 11).

Les participants venaient de 17 pays différents (France, Italie, Pologne, Allemagne, Belgique, Suisse, Espagne, Portugal, Ukraine, Lituanie, Autriche, Russie, Biélorussie, Canada, Etats-Unis, République Tchèque, Slovaquie).

L'âge des jeunes scouts et guides était compris entre 11 et 18 ans.

L'hôpital scout a fonctionné durant les 11 jours du camp. Se sont relayés pour assurer les consultations et le suivi médical :

- 13 médecins thésés dont 2 médecins étrangers enregistrés à l'Ordre National des médecins Français (un Belge et un Allemand)
- 8 médecins étrangers thésés mais non enregistrés à l'Ordre National des médecins Français (7 Italiens et 1 Espagnol)
- 7 internes en médecine (6 Français et 1 Allemand)
- 1 médecin thésé Français en retraite

L'organisation mise en place a été la suivante :

- 4 médecins thésés la journée (dont un coordinateur) et 1 la nuit
- 2 médecins étrangers la journée et 1 la nuit
- 1 à 3 internes la journée (selon les effectifs disponibles) et 1 interne la nuit

2) Recours aux soins

Sur la durée totale du camp, **1055 consultations** ont été effectuées, soit une moyenne de **96 prises en charge médicales par jour**.

Sur ces 1055 actes, 12 fiches étaient insuffisamment complétées ou trop illisibles pour être utilisées dans notre étude, **1043 dossiers** ont ainsi pu être analysés (98,9% des consultations). Parmi ces fiches, certaines sont néanmoins incomplètes, ce qui explique que les totaux de certaines colonnes de notre tableau soient inférieurs à 1043.

Pendant ces 11 jours, l'activité de l'hôpital a subi des variations très importantes (voir figure 7). Le travail du premier jour et des deux derniers jours est moindre, notamment du fait de l'absence d'une partie des jeunes (en particulier ceux d'Europe de l'Est, pas encore arrivés ou déjà repartis). Si on exclut ces trois jours d'activité ralentie, le nombre d'actes effectués les derniers jours du rassemblement (7, 8 et 9 août), 156 en moyenne, est significativement plus important que pendant le reste du camp, 89 en moyenne ($p=0,007$).

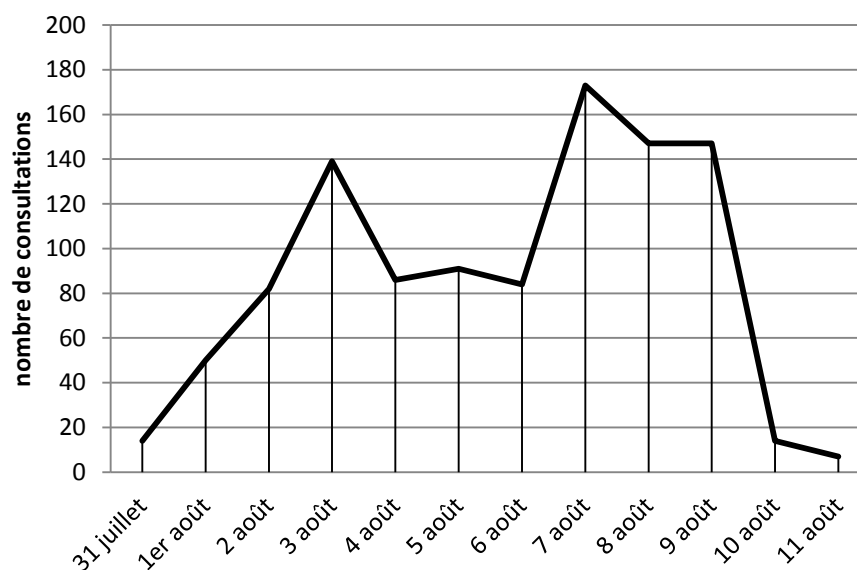


Figure 7 : Fréquentation de l'hôpital scout par jour de camp.

- **Sexe**

Sur les 1043 observations de notre étude, 381 concernent des filles et 662 des garçons.

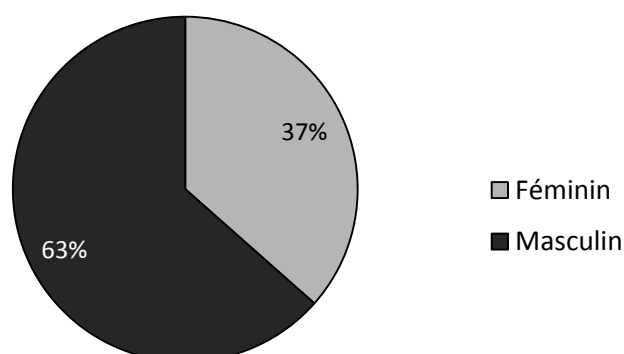


Figure 8 : Répartition des consultants par sexe

Le recours aux soins est de manière significative plus fréquent chez les garçons ($\chi^2=42$ soit $p=8 \times 10^{-10}$).

- **Âge**

L'âge moyen des consultants est de 16,2 ans, l'écart-type de 5,7 ans et l'âge médian de 15 ans. Le minimum est de 11 ans et le maximum de 62 ans.

La plupart des consultations ont été faites pour des jeunes scouts ou guides. Le nombre total de volontaires présents pendant le camp ne nous est pas connu (800 en moyenne par jour mais certains sont restés sur le site de l'Eurojam seulement quelques jours, remplacés par d'autres...).

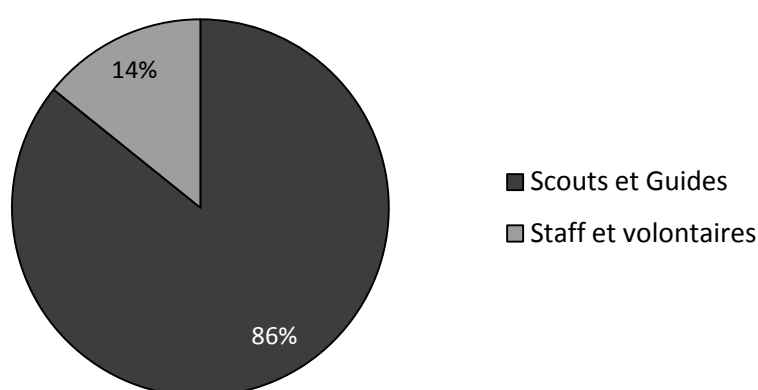


Figure 9 : Répartition des consultants par âge (jeunes et accompagnateurs)

- **Nationalité**

La grande majorité des consultants étaient Français. Les autres contingents les plus demandeurs de soins étaient l'Italie et la Pologne. Les résultats sont détaillés dans le tableau 4 et illustrés par la figure 10.

Les données du nombre de participants total par pays à l'Eurojam ne sont pas disponibles.

Pays	Nombre de consultants	Pourcentage
France	509	48,8%
Italie	208	19,9%
Pologne	162	15,5%
Belgique	39	3,7%
Allemagne	30	2,9%
Suisse	24	2,3%
Espagne	19	1,8%
Biélorussie	17	1,6%
Ukraine	8	0,8%
Lituanie	6	0,6%
Canada	5	0,5%
Russie	5	0,5%
Portugal	4	0,4%
Rép. Tchèque	3	0,3%
Slovaquie	3	0,3%
Autriche	1	0,1%
Total	1043	100,0%

Tableau 4 : Nombre de consultants par pays et proportion du total

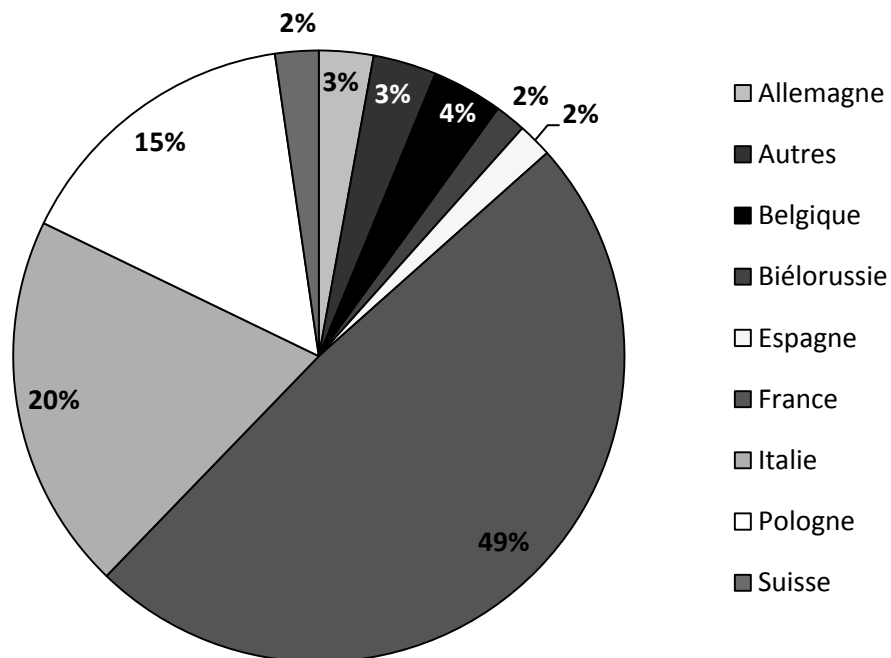


Figure 10 : Proportion de ressortissants de chaque pays parmi les consultants

3) Motifs de consultations

Ils sont détaillés dans le tableau 4 suivant :

Traumatisme	
crâne et rachis cervical	27
œil	8
face (sauf œil et dents)	10
thorax et abdomen	18
rachis dorso-lombaire	3
dents	3
membre supérieur	108
membre inférieur	136

Cardio-respiratoire	
malaise	29
palpitations	2
dyspnée	9
toux	5
douleur thoracique	2

Neurologique et psychique	
convulsions	5
troubles de la conscience	7
vertiges	9
déficit neurologique focal	1
céphalées	78
tremblements	4
rachialgies	18
angoisse et anxiété	1

Digestif	
douleurs abdominales	120
diarrhées	46
vomissements	36
nausées	10
constipation	1
douleur anale	2
rectorragie	1

Dermatologique	
éruption cutanée	15
piqûre d'insecte	32
œdème facial	2
œdème d'un membre	6
morsure de tique	65
ongle incarné	10
corps étranger intradermique	4
prurit	6
lésion cutanée sans précision	27

ORL et ophtalmologique	
odynophagie	22
adénopathie cervicale	6
rhinorrhée	2
otalgie	13
œil rouge	11
douleur dentaire	9
trismus	2
parodontopathie sans précision	2

Génito-urinaire	
pollakiurie	4
brûlures mictionnelles	2
douleur testiculaire	2
protéinurie sur bandelette	1

Brûlures	
membres supérieurs	10
membres inférieurs	15
visage	1

Divers	
Suivi d'un pansement	57
Fièvre isolée	17
Syndrome viral	4

TOTAL	1043
--------------	-------------

Tableau 5 : Motifs de consultations (nombre de consultants par motif)

Un diagramme (figure 11) permet de mieux se rendre compte de la demande à laquelle ont été confrontés les médecins de l'hôpital scout. Les traumatismes et les brûlures représentent ensemble un tiers des demandes. Les problèmes digestifs et dermatologiques viennent ensuite, mais les troubles neurologiques et psychiques ne sont pas à négliger.

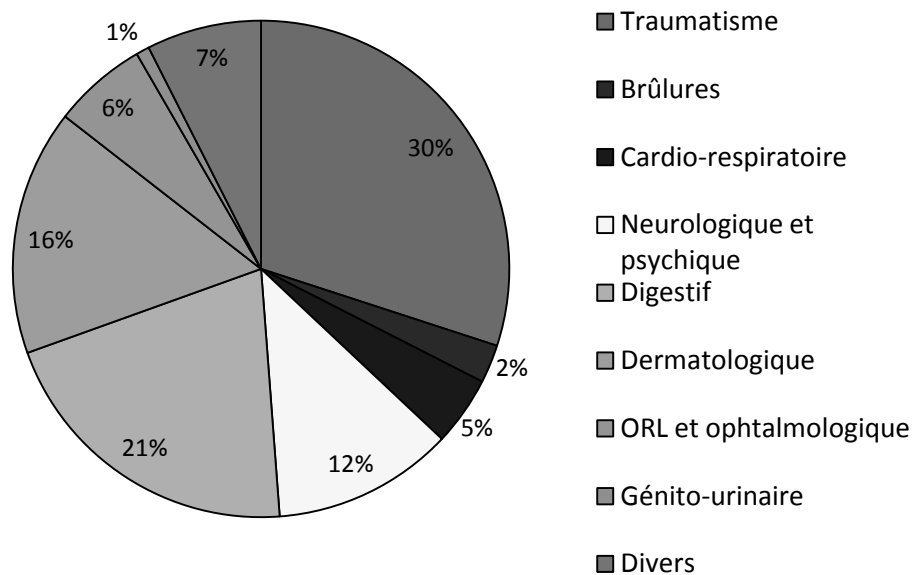


Figure 11 : Pourcentage de chaque catégorie de motifs de consultation parmi les patients

Si on analyse ces données par sexe (tableau 6), il apparaît que les garçons consultent plus pour des traumatismes, tandis que les filles ont plus recours aux soins pour des motifs d'ordre neuro-psychique ou cardio-respiratoire. Les différences ne sont pas significatives dans les autres catégories.

Motifs de recours aux soins	Nombre de filles		Nombre de garçons		χ^2	p value
Traumatisme	84	22%	229	35%	18,1	<0,001
Digestif	71	19%	145	22%	1,6	0,45
Dermatologique	62	16%	105	16%	0,03	0,99
Neurologique et psychique	75	20%	48	7%	35,9	<0,001
ORL et ophtalmologique	28	7%	36	5%	1,5	0,47
Cardio-respiratoire	33	9%	14	2%	24,1	<0,001
Brûlures	9	2%	17	3%	0,04	0,98
Génito-urinaire	5	1%	4	1%	<i>imp</i>	0,30

Tableau 6 : Nombre de consultants (et proportion par sexe) dans les catégories de recours aux soins

En comparant entre les motifs de consultations des scouts et guides (tranche d'âge 11-18 ans) et ceux des chefs et des volontaires (tranche d'âge 19-62 ans) on s'aperçoit que la seule différence significative est une propension des plus âgés à davantage consulter pour des problèmes dermatologiques (voir tableau 7).

Motifs de recours aux soins	Scouts et Guides		Staff et volontaires		χ^2	p value
Traumatisme	261	31%	34	24%	2,5	0,2865
Brûlures	24	3%	2	1%	<i>imp</i>	0,5662
Cardio-respiratoire	38	4%	4	3%	<i>imp</i>	0,4998
Neurologique et psychique	103	12%	12	9%	1,5	0,4724
Digestif	189	22%	22	16%	3,2	0,2019
Dermatologique	120	14%	39	28%	16,5	0,0003
ORL et ophtalmologique	46	5%	14	10%	4,4	0,1108
Génito-urinaire	7	1%	2	1%	<i>imp</i>	0,3734

Tableau 7 : Nombre de consultants (et proportion par tranche d'âge) dans les catégories de recours aux soins

Nos effectifs sont malheureusement trop petits pour pouvoir mettre en évidence de manière significative quel type de motif de consultation dermatologique est à l'origine de la différence constatée entre les scouts et leurs chefs. Rappelons simplement que parmi les plaintes de la catégorie « dermatologie », les deux plus fréquentes sont les morsures de tique (40%) et les piqûres d'insecte (20%).

Si on compare les demandes de soins entre les pays, seuls les problèmes digestifs semblent être moins fréquents chez les Italiens (13% des demandes de soins, $p < 0,001$) et plus fréquents chez les Français (24%, $p < 0,001$). En ce qui concerne les autres motifs de consultations, la taille de notre échantillon nous interdit de conclure à une différence entre les différentes nationalités présentes. A titre d'exemple, le pourcentage de traumatisés Français (33%) paraît élevé en comparaison de celui des Polonais (23%), mais nous ne pouvons conclure sans risque de nous tromper à plus de 10%...

4) Diagnostics

Les diagnostics établis par les médecins assurant les consultations sont spécifiés en bas du verso de la fiche de prise en charge médicale. Sur les 1043 dossiers étudiés, 987 diagnostics sont indiqués (95%). Ils sont détaillés dans le tableau 8.

Traumatologie	
plaie superficielle	74
plaie profonde	14
hématome	8
contusion	75
entorse	57
fracture (suspicion)	40
luxation (suspicion)	8
hémarthrose (suspicion)	3
tendinite, élongation	24

Brûlures	
Brûlure 1er degré	9
Brûlure 2ème degré	18

Cardio-respiratoire	
bronchite	7
angor (suspicion)	1
malaise vagal	9
inhalation de fumée	4
crise d'asthme	5

Neurologie, psychiatrie et rhumatologie	
PDC, désorientation	5
diplopie	2
crise de spasmophilie, stress	20
migraine	7
crise d'épilepsie	5
méningite (suspicion)	1
lumbago	15
torticolis	3
insolation	54

Digestif	
gastro-entérite	175
appendicite	5
diarrhée persistante	1
constipation	15
gastrite, ulcère	7
crise hémorroïdaire	2
indigestion, intoxication alimentaire	8

Dermato	
urticaire	15
infection cutanée (hors mycose)	31
inflammation cutanée locale	32
mycose	6
morsure de tique	62
ongle incarné	9
corps-étranger	7
eczéma, sécheresse cutanée	5
ampoule, irritation cutanée	4

ORL, Stomatologie et Ophtalmologie	
angine	23
cellulite, phlegmon	2
rhinite	4
infection dentaire simple	5
conjonctivite	11
pharyngite	12
otite moyenne aiguë	10
otite externe	2
pb dentaire sans précision	4

Génito-Urinaires	
Cystite	4
Règles douloureuses	4
Vulvite	1
torsion testicule (suspicion)	1
sd néphrotique (décompensation)	1

Autres	
découverte diabète	1
syndrome viral	32
déshydratation	3
asthénie profonde	9
alcoolisation	1
allergie généralisée	1
hypothermie	4

TOTAL	987
--------------	------------

Tableau 8 : Nombre de diagnostics

D'une manière générale, les dix diagnostics les plus fréquents représentent 64% des consultations.

Diagnostiques	Nombre
gastro-entérite	175
contusion	75
plaie superficielle	74
morsure de tique	62
entorse	57
insolation	54
fracture (suspicion)	40
inflammation cutanée locale	32
syndrome viral	31
infection cutanée (hors mycose)	31
Total	631

Tableau 8 : les 10 pathologies les plus diagnostiquées

Ajoutons que les infections ORL prises dans leur ensemble (angine, rhinite, pharyngite, otite externe et otite moyenne) rassemblent 49 cas. De même, les infections cutanées (mycose et ongles incarnés compris) regroupent 48 cas.

On peut noter sur le graphique suivant (figure 12) que la variation quotidienne de ces principaux diagnostics est importante.

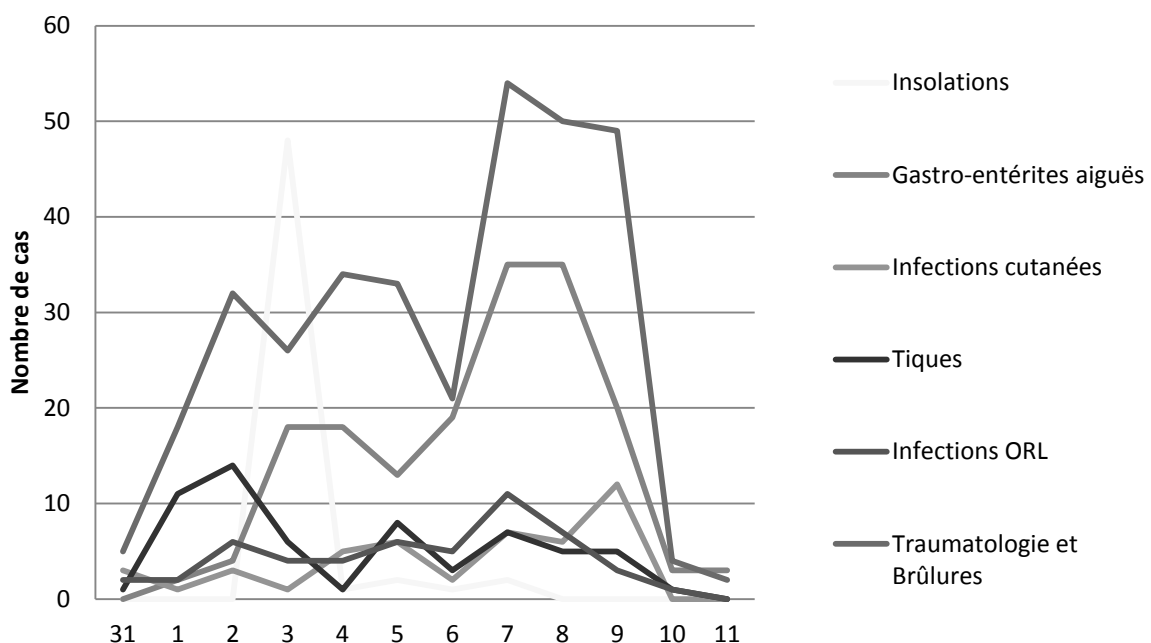


Figure 12 : Evolution quotidienne des principaux diagnostics

Par ailleurs, logiquement, les grandes catégories de diagnostics sont représentées dans les mêmes proportions que celles du motif de recours aux soins (figure 13)

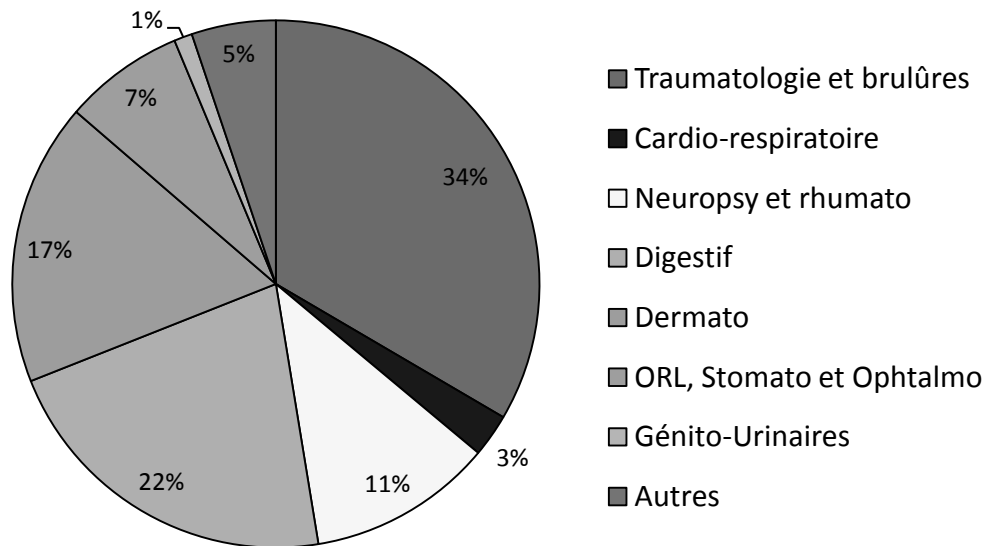


Figure 13 : Pourcentage de chacune des catégories de diagnostics parmi les consultants

- **sexe**

A nouveau ici, la comparaison de proportion des huit catégories diagnostiques chez les garçons et chez les filles est riche d'enseignement. Les diagrammes correspondants (figure 14) permettent d'apprécier les différences de diagnostic entre scouts et guides.

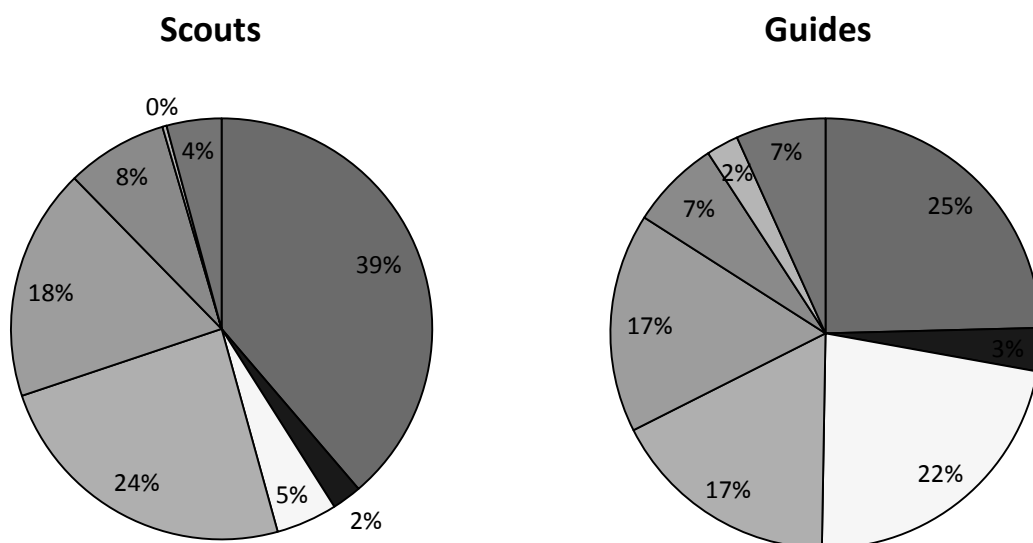


Figure 14 : Comparaison des pourcentages de chaque catégorie diagnostique parmi les garçons (scouts) et les filles (guides)

L'analyse statistique de ces données (tableau 9) montre que les filles sont significativement plus concernées par les catégories « neurologie, psychiatrie et rhumatologie » et « génito-urinaire » tandis que les garçons sont plus touchés par la traumatologie et les brûlures. En ce qui concerne les troubles digestifs, la différence entre scouts et guides n'est pas significative après application de la correction de Bonferroni ($p > 0,006$).

Diagnostics	Guides		Scouts		χ^2	p value
Traumatologie et brûlures	91	25%	239	39%	20,8	<0,001
Cardio-respiratoire	12	3%	14	2%	0,9	0,64
Neurologie, psychiatrie et rhumatologie	83	22%	29	5%	72,3	<0,001
Digestif	64	17%	149	24%	6,4	0,04
Dermato	61	16%	110	18%	0,3	0,86
ORL, Stomato et Ophtalmo	25	7%	48	8%	0,4	0,82
Génito-Urinaires	9	2%	2	0%	imp	0,003
Autres	25	7%	26	4%	3,1	0,21

Tableau 9 : Nombre de consultants et proportion par sexe des catégories de diagnostics

Ces différences significatives apparaissent clairement sur la figure 15 suivante.

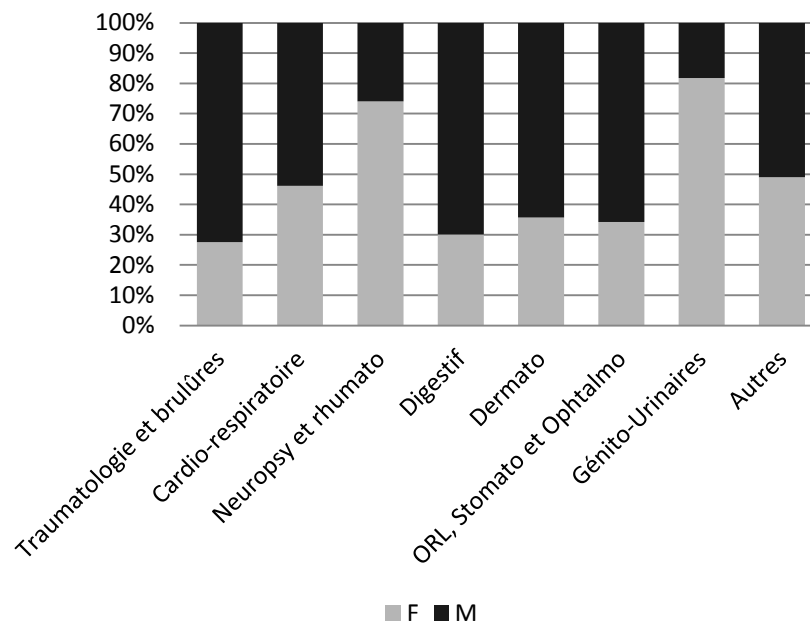


Figure 15 : Proportion de garçons et de filles pour chaque catégorie de diagnostics

En ce qui concerne les diagnostics plus précis, le tableau rapporte les quinze diagnostics les plus fréquents chez les garçons et chez les filles.

15 diagnostics chez les filles	nombre de cas	15 diagnostics chez les garçons	nombre de cas
insolation	47	gastro-entérite	130
gastro-entérite	45	plaie superficielle	61
morsure de tique	24	contusion	59
entorse	19	morsure de tique	38
crise de spasmophilie, stress	19	entorse	38
contusion	16	fracture (suspicion)	29
syndrome viral	15	infection cutanée	24
tendinite, élongation	15	angine	18
inflammation cutanée locale	14	inflammation cutanée locale	18
plaie superficielle	13	syndrome viral	16
fracture (suspicion)	11	plaie profonde	12
lumbago	10	brûlure au 2ème degré	12
constipation	9	tendinite, élongation	9
asthénie profonde	8	urticaire	9
infection cutanée	7	pharyngite	8

Tableau 10 : quinze diagnostics les plus courants chez les garçons et chez les filles

Parmi tous les diagnostics répertoriés, seuls deux apparaissent en proportion significativement plus fréquents chez les filles, après correction de Bonferroni : les insolutions et les crises de spasmophilie ($P < 0,0008$). Les diagnostics de lumbago, de cystite et de règles douloureuses approchent du seuil de significativité. Aucune pathologie n'est significativement plus répandue chez les garçons, même si la proportion de gastro-entérites (21% des diagnostics contre 12% chez les filles) et de plusieurs types de lésions traumatiques (contusions, suspicion de fractures, plaies...) est nettement plus importante.

- **nationalité**

Les pathologies les plus fréquentes sont comparées entre la France et l'Italie qui sont les deux plus gros contingents de l'Eurojam (seuls pour qui le test statistique a valeur significative compte tenu de la taille des effectifs).

Cette analyse (tableau 11) montre que les Français sont moins touchés par les infections ORL et cutanées et par les tiques que les autres nationalités, mais plus concernés par les gastro-entérites et les traumatismes. Les Italiens semblent

moins sensibles à ces deux derniers problèmes, mais plus exposés aux insulations. Toutefois le test n'est pas significatif aux limites que nous nous sommes fixées.

	Tiques			Infections ORL			Traumatologie et Brûlures		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
France	10	3%	<0,001	15	4%	<0,001	176	51%	<0,001
Italie	27	17%	0,11	16	10%	0,91	65	41%	<0,001
Autres pays	25	12%		20	9%		89	42%	
MOYENNE	21	11%		17	8%		110	45%	
	Insulations			Gastro-entérite aigüe			Infections cutanées		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
France	22	6%	0,51	106	31%	<0,001	18	5%	0,003
Italie	20	13%	0,06	19	12%	<0,001	10	6%	0,75
Autres pays	12	6%		50	23%		18	8%	
MOYENNE	18	8%		58	22%		15	7%	

Tableau 11 : comparaison des principaux diagnostics entre pays

- âge

Les tableaux 12 et 13 indiquent l'âge moyen des consultants par grande catégorie de diagnostics et parmi les dix diagnostics les plus posés (rassemblant 64% des consultations). Il apparaît que l'âge moyen des diagnostics de type dermatologie est plus élevé que celui des autres catégories, de manière significative ($p < 0,001$).

	Moyenne (ans)	Ecart-type (ans)
Dermatologie	18,3	8,8
ORL, Stomato et Ophtalmologie	16,8	5,5
Autres	16,6	7,5
Neuropsychiatrie et rhumatologie	16,2	6,7
Brûlures	16,0	6,9
Traumatologie	15,9	4,1
Cardio-respiratoire	15,5	4,2
Digestif	15,1	3
Génito-Urinaire	14,6	2,5

Tableau 12 : moyennes d'âge et écart-types des catégories de diagnostics

	Moyenne (ans)	Ecart-type (ans)
infection cutanée (hors mycose)	21,8	13,8
inflammation cutanée locale	19,0	8,7
syndrome viral	17,4	9,2
morsure de tique	17,3	6,8
entorse	16,5	5,1
plaie superficielle	15,7	4,5
contusion	15,5	3,9
gastro-entérite	15,0	2,6
fracture (suspicion)	14,7	1,6
insolation	13,9	1,7

Tableau 13 : moyennes d'âge et écart-types des dix principaux diagnostics

Le graphique de la figure donne une bonne idée de la répartition des diagnostics selon les âges. La seule différence qui soit significative entre les jeunes (11-18 ans) et l'encadrement (19-62 ans) est, de même que pour les motifs de recours aux soins, un surplus de diagnostics dermatologiques dans le staff ($p < 0,001$). Parmi les diagnostics précis touchant la peau, aucun n'est établi de façon statistiquement différente selon les âges. Les autres tendances qui se dégagent, mais de manière peu significatives, sont :

- moindre importance de la traumatologie chez les plus de 25 ans
- pic de blessures et brûlures entre 16 et 18 ans
- décroissance des problèmes digestifs avec l'âge

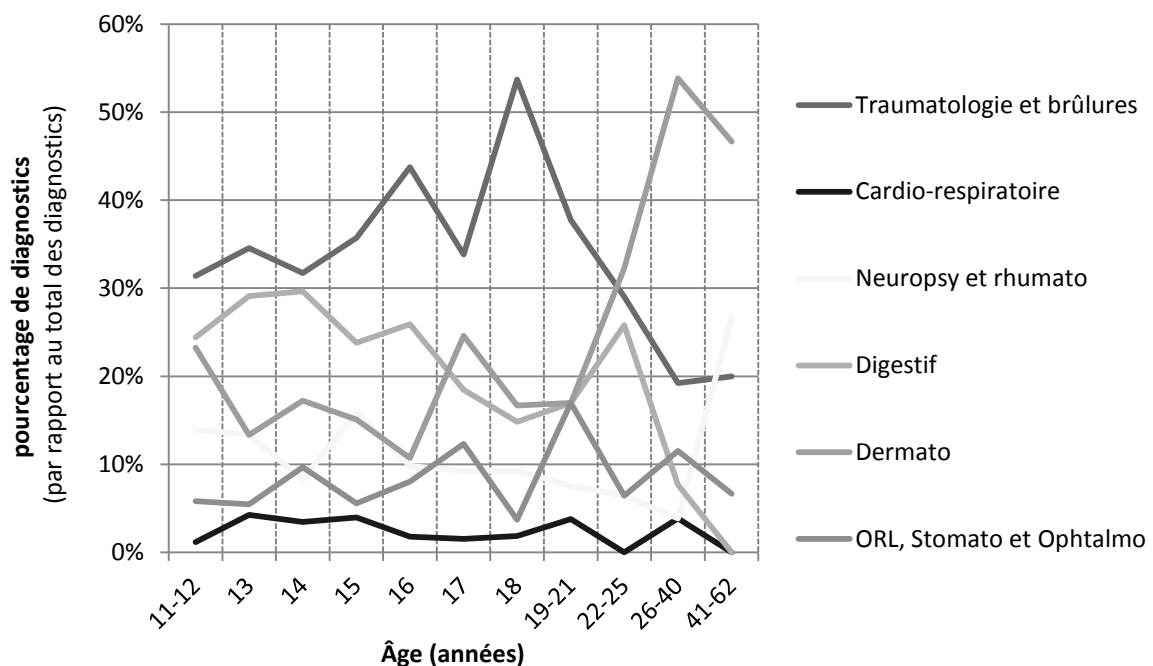


Figure 16 : Proportion de diagnostics selon les âges

5) Soins effectués

Les différents soins prodigués à l'hôpital scout de l'Eurojam sont synthétisés dans le graphique de la figure 17 et détaillés dans le tableau 14.

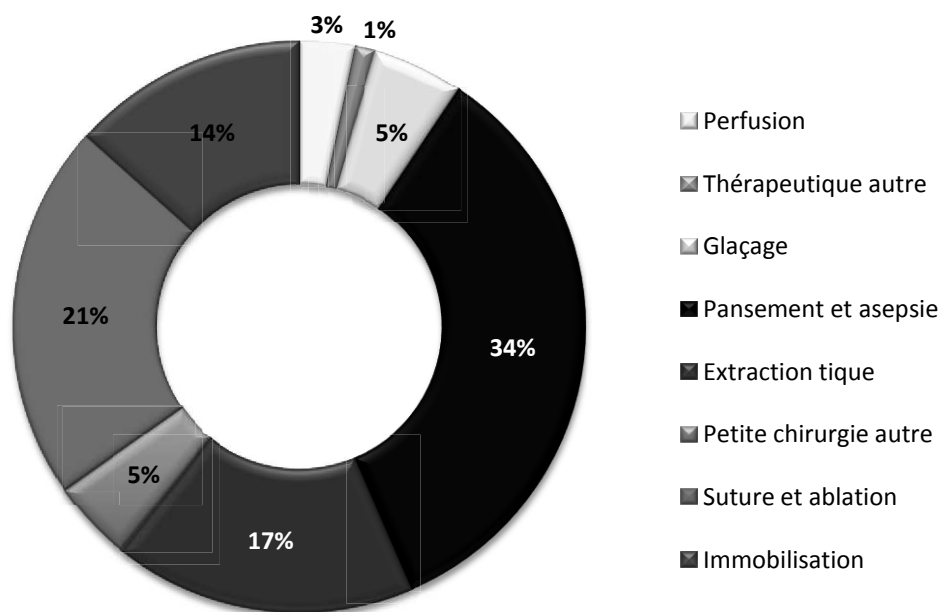


Figure 17 : soins prodigués pendant l'Eurojam (% du total)

Soins locaux	
glaçage	18
pansement simple	113
extraction de tique	60
incision au bistouri	5
extraction d'un corps étranger	11
asepsie simple	7

Perfusion	
voie d'abord veineuse (garde-veine)	7
VAV + réhydratation intraveineuse	4

Thérapeutique	
collyre anesthésiant	1
spray de VENTOLINE	2
aérosol VENTOLINE-ATROVENT	1

Immobilisation	
strapping	31
syndactylie	6
pose d'attelle	6
écharpe coude au corps	3
collier cervical	1

Suture	
suture	49
pose de steri-strip	11
ablation de fils de suture	15

Total	351
--------------	------------

Tableau 14 : soins prodigués pendant l'Eurojam (nombre de soins)

Ainsi, onze voies d'abord veineuses ont été posées : 7 en « garde-veine » et 4 pour réhydrater les malades. Les patients ayant bénéficié de cette réhydratation souffraient pour 3 d'entre eux de gastro-entérite. Le quatrième était un chef Allemand de 23 ans consultant pour une polyurie révélant un diabète. Quant aux 7 autres, leurs diagnostics étaient deux urticaires, une suspicion de fracture rachidienne, une insolation, une crise de spasmodophilie, une hypothermie et enfin une appendicite chez un jeune Italien de 13 ans.

En ce qui concerne les différences entre filles et garçons, la seule significative est un nombre de sutures plus important chez les garçons, ce qui concorde avec ce que nous avons dit plus haut ($p=0,002$).

Aucune différence n'apparaît dans les soins prodigués aux jeunes ou à leurs chefs.

Enfin, la courbe du nombre de soins par jour suit celle de la fréquentation de l'hôpital scout (figure 18).

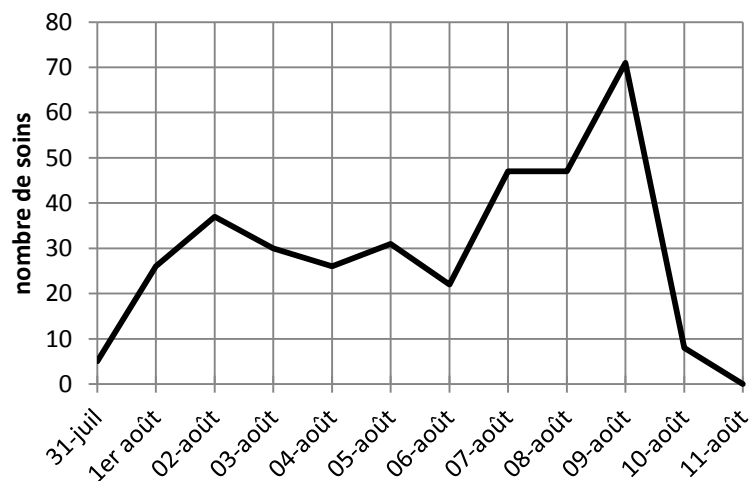


Figure 18 : nombre de soins prodigués par jour

6) Prescriptions médicamenteuses

D'après notre tableur, 573 consultations (54%) ont donné lieu à une prescription d'ordonnance, dont 279 contenaient au moins deux médicaments. A noter toutefois que cet item était celui pour lesquelles les fiches de prise en charge étaient les plus mal renseignées. Les antalgiques représentent près de la moitié des prescriptions, et les médicaments à visée digestive (principalement antidiarrhéiques, anti-émétiques et antispasmodiques) près d'un tiers (cf figure). Le *paracétamol* et le *phloroglucinol* sont les molécules les plus prescrites, devant les *AINS* et le *diosmectite*. Le détail des traitements est donné dans le tableau 15 et illustré par la figure 19.

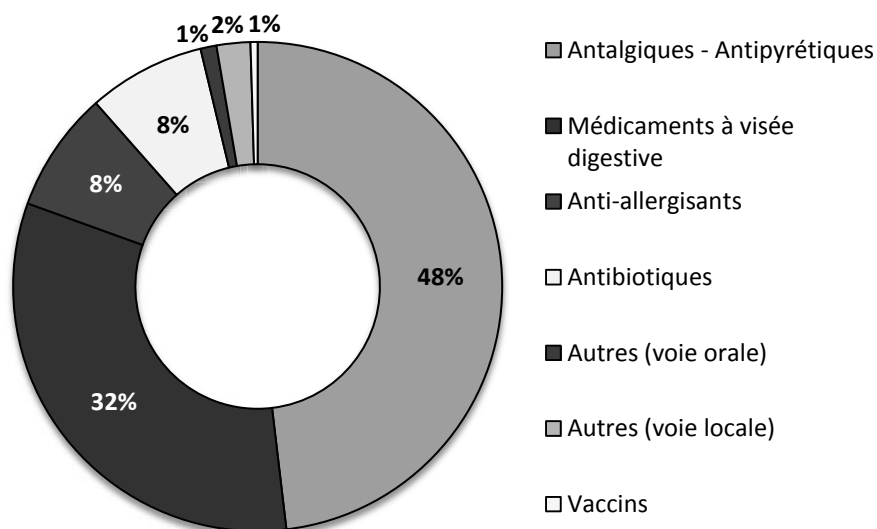


Figure 19 : proportion des différentes classes de médicaments dans les prescriptions

Antalgiques - Antipyrétiques	
Paracétamol	271
AINS oraux	89
AINS locaux	50

Anti-diarrhéiques	
Diosmectite	61
Lopéramide	18
Nifuroxazide	13

Anti-émétiques	
Dompéridone	41
Métopimazide	1

Autres médicaments à visée digestive	
Phloroglucinol	115
Trimébutine	7
Polysylane	3
IPP	3
TRANSIPEG	12
DUPHALAC	1
Crème anti-hémorroïdaire	1

Anti-allergisants	
Corticoïdes oraux	18
Antihistaminiques	22
Crème hydratante	1
Crème antihistaminique	13
Corticoïdes injectables	2
Crème corticoïde	12

Antibiotiques	
Fosfomycine-trométamol	1
macrolides	4
amoxicilline	30
amoxicilline + acide clavulanique	20
Céphalosporines 3 ^e génération orales	3
pristinamycine	1
métronidazole	7

Autres (voie orale)	
Benzodiazépines	4
Antiépileptique autres	1
MagnéB6	1
Spray Salbutamol	1
Spray Salbutamol + Corticoïdes	2

Autres (collyres, pommades...)	
crème antimycotique	2
collyre antibiotique	4
collyre antiseptique	2
collyre antiobiotique + corticoïde	5
bain de bouche antiseptique	2
sirop antitussif	2
antibiotique auriculaire	1
crème antivirale (aciclovir)	1

Vaccins	
vaccination antitétanique	4

Tableau 15 : détail des prescriptions faites pendant l'Eurojam

- 4 patients ont été vaccinés contre le **tétanos** suite à des plaies cutanées, deux Allemands et 2 Italiens.
- 2 patients ont bénéficié d'une **injection de corticoïdes**, pour deux urticaires généralisés.
- 18 patients ont bénéficié de **corticoïdes *per os***, pour des problèmes essentiellement cutanés (inflammation, urticaire) ou respiratoires (crise d'asthme, bronchite). 2 d'entre eux souffraient d'otite et d'entorse hyperalgiques.
- 4 patientes ont reçus des **benzodiazépines**, 3 pour des crises d'angoisse et 1 pour une crise d'épilepsie.
- Enfin 61 malades ont bénéficié d'un **traitement antibiotique**, dont 5 par bi-antibiothérapie. Les pathologies soignées étaient :
 - 16 angines (12 traitées par *amoxicilline*, 2 par *amoxicilline-acide clavulanique*, 1 par C3G orale et 1 par macrolide)
 - 1 pharyngite (traitée par *amoxicilline*)
 - 8 otites moyennes aiguës (3 traitées par *amoxicilline*, 4 par *amoxicilline-acide clavulanique*, et 1 par C3G orale)
 - 3 infections dentaires (2 traitées par *amoxicilline*, 1 par *amoxicilline-acide clavulanique*)
 - 1 cellulite (traitée par *amoxicilline- acide clavulanique*)
 - 4 bronchites (1 traitée par *amoxicilline*, 1 par *amoxicilline-acide clavulanique*, 1 par C3G orale et 1 par macrolide) et 1 crise d'asthme (traitée par *amoxicilline*)
 - 4 plaies cutanées dont une avec suspicion de fracture ouverte (2 traitées par *amoxicilline*, 1 par *amoxicilline- acide clavulanique* et 1 par macrolide)
 - 12 infections cutanées (4 traitées par *amoxicilline*, 3 par *amoxicilline-acide clavulanique*, 1 par métronidazole, 1 par bi-antibiothérapie *amoxicilline* et *métronidazole*, 2 par bi-antibiothérapie *amoxicilline-acide-clavulanique* et *métronidazole* et 1 par bi-antibiothérapie *pristinamycine* et *métronidazole*)
 - 4 ongles incarnés (3 traités par *amoxicilline-acide clavulanique* et un par bi-antibiothérapie *amoxicilline* et *métronidazole*)
 - 3 cystites (1 traitée par *amoxicilline*, 1 par C3G orale et 1 par *fosfomycine*)
 - 2 syndromes viraux (1 traité par *amoxicilline-acide clavulanique* et 1 par *métronidazole*)
 - 2 dont le diagnostic n'est pas spécifié

7) Orientation des malades

En fin de consultation, les médecins devaient donner une orientation à leurs malades parmi les possibilités qui leur ont été offertes, à savoir retour au bivouac sans suivi ou avec suivi (par infirmière, médecin ou spécialiste), surveillance à l'hôpital scout ou transfert au Centre Hospitalier le plus proche (notamment pour examens complémentaires ou pathologies graves) après mise en relation avec celui-ci par le SAMU.

Les résultats sont donnés dans le tableau 16 et illustrés par la figure 20.

retour au bivouac (niveau I)	594
surveillance à l'hôpital scout (niveau III)	245
surveillance brève (<12h)	81
hospitalisation (>12h)	164
à revoir par infirmière (au niveau II)	74
à revoir par médecin (au niveau III)	46
à revoir autre (spécialiste, dentiste...)	8
à revoir par un dentiste	1
à revoir par un ophtalmologiste	3
à revoir par un autre spécialiste	4
transfert en Centre Hospitalier (niveau IV)	76

Tableau 16 : orientation donnée aux malades en fin de consultation (nombre de malades)

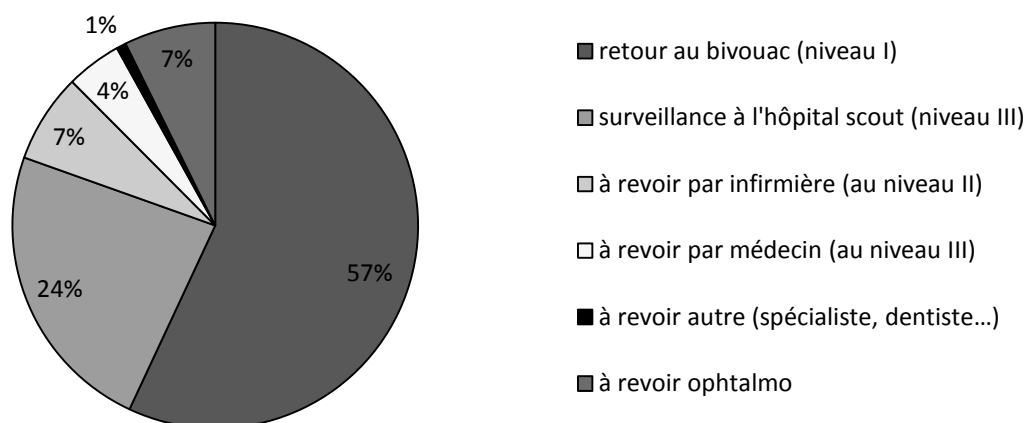


Figure 20 : orientation des patients (% des consultations)

La variation quotidienne des différentes orientations possibles était importante, comme l'illustre la figure. Les deux pics observés, de surveillances brèves le 3 août et d'hospitalisations à l'hôpital scout le 8 août sont statistiquement significatifs ($p < 0,001$).

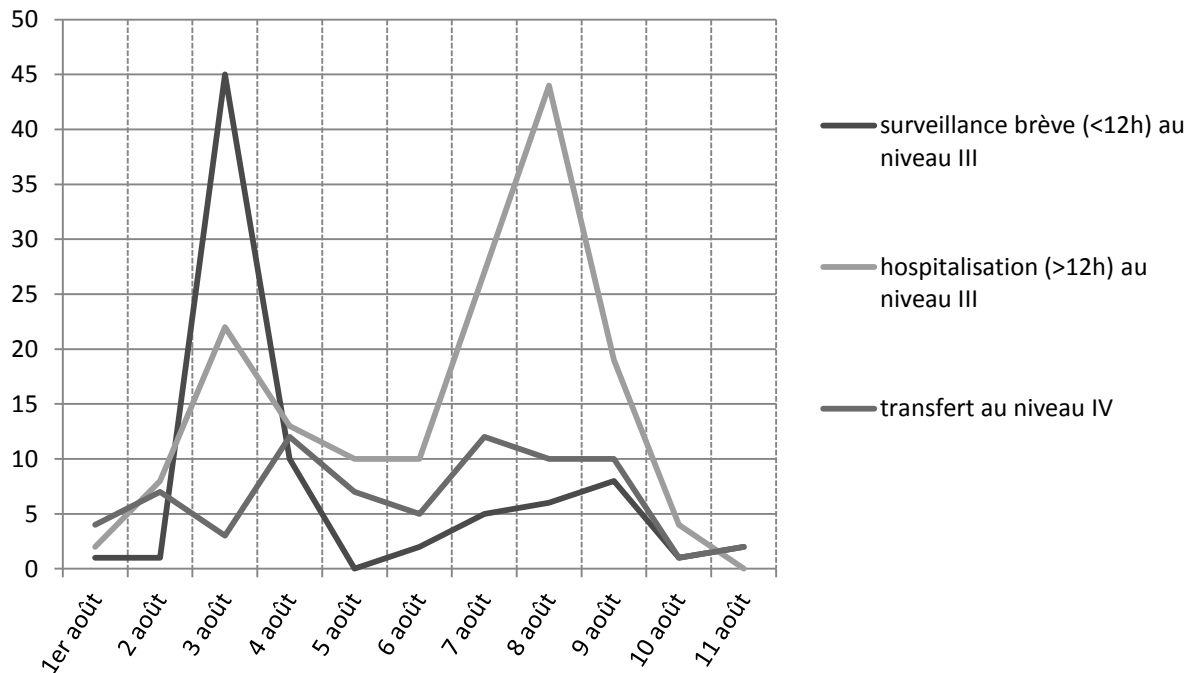


Figure 21 : évolution quotidienne des hospitalisations et surveillances (nombre d'orientations)

Par ailleurs, la seule différence significative entre garçons et filles est une proportion plus grande chez les filles (29% contre 20%) de patientes surveillées (surveillance <12h et >12h confondues) à l'hôpital scout ($p = 0,03$).

La comparaison entre les jeunes et leurs chefs retrouve un taux plus important de retour au bivouac sans suivi parmi le staff (76% contre 54%) et une proportion plus élevée de surveillances (brèves et prolongées) à l'hôpital scout pour les scouts et guides (26% contre 11%). Ces valeurs sont significatives ($p < 0,001$). L'analyse par sous-classes d'âges montre que cette surveillance touche principalement les plus jeunes, de 11 à 13 ans ($p < 0,001$).

Ensuite, la confrontation entre les orientations données aux différentes nationalités retrouve un taux plus important de Polonais ayant été surveillés au niveau III ($p < 0,001$).

En ce qui concerne les motifs de surveillance à l'hôpital scout (niveau III), ils sont détaillés dans le tableau 17. Les insolations représentent la première cause de surveillance de moins de 12 heures, et les gastro-entérites celles des hospitalisations plus longues.

Diagnostic	Surveillance <12h	Surveillance >12h
gastro-entérite	15	98
crise de spasmophilie, état de stress aigu	6	7
insolation	33	7
angine		6
syndrome viral	3	6
indigestion, TIAC	1	5
asthénie profonde	2	4
contusion	5	4
crise d'épilepsie	2	3
constipation	1	3
bronchite		3
hypothermie	2	2
gastrite, ulcère		2
PDC, désorientation		2
malaise vagal	3	2
migraine	1	1
crise d'asthme		1
allergie généralisée		1
entorse		1
déshydratation		1
urticaire	3	1
alcoolisation		1
infection cutanée (hors mycose)		1
inhalation de fumée		1
découverte diabète		1
lumbago	2	
plaie superficielle	2	
Total général	81	164

Tableau 17 : Motifs des surveillances à l'hôpital scout

Enfin, un mot des patients transférés dans les Centres Hospitaliers les plus proches (L'Aigle et Lisieux principalement). Sur les 11 jours de camp, 76 malades ont été orientés vers ces structures, soit presque 7 par jour. Le moyen de transport était décidé en coordination avec le SAMU 61. L'âge moyen des patients transférés est de 15 ans ½ (écart-type 4,9 ans). Il s'agit de 55 garçons et 21 filles, dont les nationalités sont rapportées dans le tableau 18.

Pays d'origine	Nombre de malades transférés
Allemagne	5
Belgique	3
Biélorussie	1
Espagne	1
France	32
Italie	14
Lituanie	2
Pologne	11
Russie	1
Suisse	4
Ukraine	2

Tableau 18 : pays d'origine des patients transférés dans les Centres Hospitaliers (niveau IV)

Les diagnostics pour lesquels les malades ont été transférés sont en très large majorité de nature traumatologique, notamment des suspicions de fracture ou de luxation pour lesquels la réalisation d'une imagerie, au minimum une radiographie standard, était indispensable. À noter toutefois, en plus de la découverte de diabète et de l'appendicite dont nous avons déjà parlé, une suspicion d'angor chez un Français de 33 ans, de méningite chez une Suissesse de 14 ans et de torsion testiculaire chez un Polonais de 12 ans. Le détail des transferts est présenté dans le tableau 19. Le tableau 20 rapporte les diagnostics retenus après réalisation des examens complémentaires dans les structures médicales adaptées. Malheureusement ces données sont trop incomplètes (45% de manquantes) pour pouvoir être interprétées.

diagnostics évoqués avant les transferts en secteur IV	nombre de transferts concernés
fracture (suspicion)	36
luxation (suspicion)	7
plaie profonde	6
appendicite	4
entorse	4
PDC, désorientation	3
cellulite, phlegmon	2
diplopie	2
infection cutanée (hors mycose)	1
contusion	1
découverte diabète	1
plaie superficielle	1
diarrhée persistante	1
hémarthrose (suspicion)	1
angor (suspicion)	1
torsion testicule (suspicion)	1
Brulûre 2ème degré	1
méningite (suspicion)	1
hématome	1
insolation	1
Total	76

Tableau 19 : motifs des transferts en Centre Hospitalier (niveau IV)

diagnostics retenus après passage en secteur IV	nombre de transferts concernés
<i>(non précisé)</i>	34
contusion	13
entorse	10
fracture	3
plaie profonde	3
luxation	3
gastro-entérite aiguë	2
constipation	1
insolation	1
hématome	1
appendicite	1
migraine	1
gastrite et ulcère	1
torticolis	1
diplopie	1
Total	76

Tableau 20 : diagnostics retenus après passage en Centre Hospitalier et examens complémentaires

D. DISCUSSION

1) Organisation de la prise en charge

- Le **plan sanitaire** de l'Eurojam avec ses quatre niveaux, dont un hôpital local et des dispensaires répartis sur l'ensemble du camp, semble tout à fait adapté à la prise en charge des problèmes pouvant survenir lors d'un rassemblement de cette taille, et conforme aux attentes qui nous avons établies dans notre deuxième partie à partir de la littérature. La coordination des soins avec les autorités et les structures locales, les problèmes de langue, l'équipement des salles de consultation, le système d'isolement, l'approvisionnement de la pharmacie et le stockage des médicaments et dispositifs médicaux avait été soigneusement préparés. La coordination avec le SAMU, les pompiers, et les Centres Hospitaliers alentours a bien fonctionné.
- La **capacité de 60 lits** paraissait bien estimée, et s'est révélée adaptée puisque le taux remplissage maximum a été de 75%. Le principal motif de surveillance brève est l'insolation et le principal motif de surveillance prolongée est la gastro-entérite (pour réhydratation mais surtout isolement).
- Les transferts dans les hôpitaux environnants et au sein du vaste campement de l'Eurojam ont mobilisé au-delà de ses capacités le service de **transport** prévu. De nombreuses personnes ont dû patienter longuement ou utiliser leur véhicule personnel pour recourir aux soins ou retourner au bivouac. Ce problème est récurrent dans les camps de jeunes et une estimation réelle des besoins en transport nécessiterait la réalisation d'une étude complémentaire.
- L'**absence de plateau technique**, qui aurait permis la réalisation d'examen complémentaires biologiques mais surtout radiologiques, a fortement contribué à augmenter le nombre de malades transférés. Environ 55 malades ont été transportés à l'hôpital le plus proche pour réalisation d'une radiographie standard. L'efficacité d'un service de radiologie sur place, pour des camps importants, avec peut-être télétransmission à des radiologues à distance, nécessiterait d'être étudiée sérieusement en vue de futurs rassemblements. Les fiches médicales sont trop pauvres en renseignements au retour des Centres Hospitaliers pour pouvoir conclure ici à la nécessité d'un tel dispositif.

- En ce qui concerne les effectifs de personnel soignant, les organisateurs avaient tablé sur 42 consultations par jour. Pour les effectuer, la présence de 4 médecins (2 thésés et 2 internes) était recommandée. Leur nombre sur place était au-delà de ses recommandations puisque la permanence de jour était assurée par 8 médecins (4 thésés, 2 internes, 2 étrangers). Ce « supplément de médecins » devait permettre de détacher l'un d'entre eux pour accompagner les pèlerinages et un second pour assurer la coordination des soins et l'interface avec les autorités sanitaires. Cependant, la demande réelle de consultations, chiffrée à 96 par jour en moyenne, a représenté plus du double de l'estimation initiale. Par ailleurs, parmi ces consultations, le nombre d'urgences avait été estimé à 5 par jour. Si on considère comme « urgence » chaque patient transféré en Centre Hospitalier, 7 par jour, on note encore un dépassement de l'activité prévisionnelle. Ainsi, **chaque médecin a beaucoup plus consulté que prévu**. Ceci a été permis par un surinvestissement de leur part, un fort esprit de groupe entre les intervenants et un apport conséquent de médecins étrangers venus accompagner les Guides et Scouts de leurs pays.

Notre étude pourrait permettre, pour la préparation de rassemblements ultérieurs, de mieux estimer la demande de soins et ainsi de prévoir un nombre de médecins suffisant pour leur permettre de travailler de manière « normale ».

Nous avons évoqué plus haut, au vu des études menées précédemment, qu'un médecin pour 1000 campeurs représentait un chiffre minimal, un médecin pour 800 un chiffre plus confortable. En tenant compte de ces données, il aurait été prévu de 12 à 16 médecins présents chaque jour, notamment aux heures où la demande est maximale (de 14h à 16h et de 19h à 22h). La présence de 12 médecins assurant chacun le nombre de consultations envisagées par les organisateurs aurait permis la prise en charge de 1380 patients.

- En ce qui concerne le **nombre d'infirmières**, il paraît également **trop bas** du fait de l'ampleur inattendue de la demande de soins. Estimé comme il se doit à 13 infirmières (6 Diplômées d'Etat, 5 étudiantes et 2 étrangères) pour 4 médecins (ratio de 3 infirmières pour un médecin), leur effectif idéal aurait été de 36 par jour pour 12 médecins. Encore une fois, un surcroît de bonne volonté a permis de gérer les difficultés sans évènement indésirable.

- Par ailleurs, le recours à des secouristes spécialisés était judicieux et s'est révélé précieux pendant l'Eurojam.

- La présence du pharmacien de jour était adaptée même si celui-ci a pu se trouver un peu seul pour assurer à la fois la distribution des médicaments en zone d'accès restreint, l'approvisionnement du stock et la dispensation de conseils pharmaceutiques.
- Enfin, la mise en place d'une cellule d'aide psychologique spécialisée pourrait être proposée compte-tenu de la prévalence importante des troubles psychologiques, à type de stress aigu, crise d'angoisse ou de spasmophilie, confirmée par notre étude.

2) Recours aux soins

- Les 1055 prises en charge médicales représentent plus du double de l'activité prévisionnelle (460 consultations).
- Une partie de ce surplus d'activité est imputable à une mauvaise connaissance du dispositif de Santé par les unités scoutistes. Par exemple, les tiques n'auraient du que rarement faire l'objet de recours à un médecin. Elles sont en premier lieu du ressort de l'assistant sanitaire et en cas de besoin d'une infirmière. Les Français ont significativement moins consulté pour ce motif. Les tiques étant endémiques en Europe, on peut imaginer que les autres nationalités utilisent elles aussi une prophylaxie adéquate, mais ont une moins bonne connaissance de l'organisation des soins à l'Eurojam. De plus, il semble que de nombreux malades aient été amenés directement à l'hôpital scout, sans régulation par les niveaux inférieurs. Une étude du recours aux soins dans les dispensaires de niveau II pourrait conforter cette hypothèse. Pour de futurs grands rassemblements, il serait bon de veiller à ce que chaque unité de chaque pays connaisse parfaitement le dispositif sanitaire mis en place.
- Par ailleurs l'hôpital scout a connu deux périodes de haute fréquentation :
 - le 3 août, jour de la messe d'ouverture. Celle-ci avait lieu en plein air, au soleil, bien présent ce jour là. L'air frais de Normandie a dupé beaucoup de jeunes, avec pour résultat un nombre élevé d'insolations, touchant majoritairement les filles : en plus des 48 insolations prises en charges au niveau III ce jour-là et surveillés moins de 12 heures à l'hôpital scout, 41 autres ont été prises en charge sur place par les secouristes.

- du 7 au 9 août. Le nombre d'hospitalisations en niveau III et de soins prodigués suit cette accentuation de la demande de soins les jours précédents la cérémonie de clôture. Ces journées sont marquées par un nombre plus important de traumatismes et de gastro-entérites, ce qui rejoint l'observation de notre deuxième partie, et peut s'expliquer par une fatigue accrue et un taux de transmission interhumaine augmentant de façon exponentielle avec les jours de camp. La solution proposée par certains auteurs est de limiter la durée de ces grands rassemblements.

- Les garçons ont plus recours aux soins que les filles, de manière significative. Les principales causes de leurs demandes sont de nature traumatologique. Plus téméraires, plus maladroits, les jeux qu'ils organisent sont de manière générale plus violents. En parallèle, les garçons sont plus suturés que les filles.

- L'âge moyen des consultants est de 16,2 ans (écart-type 5,7 ans). Les plus jeunes sont plus facilement gardés en observation, peut-être à cause d'une symptomatologie plus grave. Ainsi, il est bon que les médecins aient de solides connaissances en Pédiatrie, médicale et chirurgicale.

- Les Italiens semblent peu nombreux dans notre échantillon (environ 20%) au regard de leur présence à l'Eurojam (environ 30% des effectifs). On peut émettre l'hypothèse qu'une bonne partie de leurs malades ont été soignés directement dans leurs sous-camps par les médecins accompagnant leur délégation, échappant au dispositif sanitaire officiel de l'Eurojam. Le taux moindre de gastro-entérites dans leurs effectifs corrobore cette idée, puisqu'ainsi les jeunes Italiens ont moins fréquenté l'hôpital scout, haut-lieu de transmission virale...

3) Pathologies et thérapeutiques

- la traumatologie et les brûlures représentent plus d'un tiers des demandes de soins et leurs proportions augmentent au fil des jours de camp. Ceci concorde avec nos constatations précédentes sur les risques liés au campisme, aux activités sportives et à l'accumulation de la fatigue. Les garçons sont les plus touchés. Les Français se blessent plus que les autres (est-ce du à une surveillance moindre ?) et deux âges semblent plus propices aux accidents : 14 et 16 ans. A cet âge, la force musculaire s'est accrue de manière importante, mais la résistance tendineuse et osseuse reste faible et les jeunes n'ont pas encore appris à maîtriser la puissance de leurs gestes. Ainsi, les adolescents de 14 à 16 doivent bénéficier de la même supervision que les plus jeunes et être restreints dans leur volonté farouche de se mesurer physiquement les uns aux autres par le jeu...

- en ce qui concerne les infections, elles regroupent elles aussi de manière attendue un tiers des pathologies diagnostiquées.

- Au premier rang de celles-ci viennent les gastro-entérites. Une épidémie est survenue en début de camp (du 31 juillet au 4 août). Elle concernait principalement une troupe malade dans son ensemble et dont quelques éléments étaient déjà malades lors de leur arrivée à l'Eurojam, suite à un pré-camp dans le Rhône. La chronologie et la symptomatologie de cette épidémie n'étaient pas en faveur d'une toxi-infection alimentaire collective. L'épidémie a pu être contrôlée par des mesures d'hygiène drastique (lavage des mains, isolement...) et traitement symptomatique. Elle explique en grande partie pourquoi les Français sont plus touchés que les autres dans notre étude. Par la suite, le nombre de gastro-entérites a diminué parmi les consultants avant de croître à nouveau pendant les derniers jours du camp, notamment chez les plus jeunes.
- d'une manière générale, le nombre d'infections (syndromes viraux, infections cutanées, infections ORL...) augmente au fur et à mesure du rassemblement, ce qui s'explique par la multiplication des contacts, la fatigue, et les apports caloriques et hydriques peut-être insuffisants.
- à noter le très faible taux d'infections respiratoires basses, du fait de la saison et du climat plutôt favorable pendant ces onze jours.

- Les troubles psychologiques (mal du pays, stress, anxiété) touchent un nombre importants de jeunes, et sont sans doute minorés par des plaintes somatiques confondantes (malaises, palpitations, céphalées, troubles digestifs...). Nous avons déjà étudié les ressorts de ces troubles dans notre deuxième partie. Les filles y sont plus volontiers sensibles, notamment en ce qui concerne les crises de spasmodie.

- Un des résultats surprenant de notre étude est l'incidence plus élevée chez les chefs et les plus âgés de problèmes dermatologiques. Plusieurs explications peuvent être évoquées. Tout d'abord, la peau cicatrise plus facilement chez les jeunes. Ensuite, les chefs, occupés à surveiller leurs troupes, sont peut-être moins vigilants quant à leur propre prophylaxie « anti-vectorielle » (les morsures de tiques et piqûres d'insectes représentent 70% des diagnostics dermatologiques). Enfin, une négligence vis-à-vis de pathologies jugées bénignes peut les amener à consulter tardivement, à un stade où le recours médical s'impose.

- Un mot des véritables « urgences » : crises d'épilepsie, crises d'asthme, réactions allergiques généralisées, abdomens chirurgicaux, fractures ouvertes, traumatismes crâniens graves, cellulites faciales ou découverte de diabète... Bien que peu nombreuses en proportion du nombre de consultations, elles nécessitent une bonne formation des médecins (diagnostic, médicaments et gestes d'urgences...) et des infirmières (habileté à perfuser...), une bonne coordination des équipes et un transfert en milieu médical sécurisé, rapide et efficace, qui ne s'improvisent pas.

- Pour terminer, quelques points à souligner en ce qui concerne les thérapeutiques :

- les antalgiques représentent la base des prescriptions. Si le paracétamol est prescrit *larga manu* de manière légitime, une attention devrait être portée à faire diminuer la distribution d'anti-inflammatoires chez les jeunes, à risque d'infections.
- les antibiotiques sont globalement prescrits à bon escient, mais la mise à disposition des praticiens d'un guide type « POPI » et l'élaboration de protocoles devraient être envisagées afin de limiter la pression de sélection des antibiotiques dans ces grands rassemblements

- la surprenante nécessité d'administrer quatre vaccins antitétaniques soulève le problème plus vaste du contrôle des vaccins, notamment des jeunes étrangers (il s'agissait de 2 Allemands et 2 Italiens), avant l'accès au camp.

4) Comparaison avec les études précédemment menées

Une revue de la littérature médicale permet de retrouver plusieurs études épidémiologiques descriptives du recours aux soins dans les camps et rassemblements de jeunes. Nous nous proposons maintenant de comparer notre analyse avec leurs résultats.

a. Recours aux soins

L'estimation de la demande de soins médicaux dans les camps d'été est un paramètre déterminant pour organiser un dispositif de santé efficace et sécurisant, sans surcharge de travail pour le personnel soignant qui y est affecté.

Nous nous proposons de comparer notre étude avec 11 autres études précédemment menées, détaillées dans la littérature et portant sur les camps suivants :

- *Soixante camps d'été du Scoutisme Français*, comptant 31 365 CDs (journées-campées), en 2005 (12)
- *Jamboree scout mondial de Moisson*, comptant 60 500 CDs, en 1947 (35)
- *Jamboree scout mondial de Gödöllö*, comptant 400 000 CDs, en 1933 (66)
- *Jamboree scout provincial canadien* en Alberta du Sud, comptant 4816 CDs, en 2009 (32)
- *Jamboree scout mondial de Rinkaby*, comptant 400 671 CDs, en 2011 (10)
- *Jamboree scout national américain*, en Virginie Occidentale, comptant 435 132 CDs, en 2013 (7)
- *Camp de la YMCA (Young's Men Christian Association)*, au Minnesota, comptant 20150 CDs, en 2000 (50)
- *Camp national de la VCP* (Scouts de RFA), à Ruhpöding, comptant 60 000 CDs en 1988 (11)
- *Jamboree national américain*, en Virginie, comptant 223 965 CDs en 1988 (37)
- Echantillon de *28 camps de l'ACA* (American Camp Association), comptant 122 379 CDs, en 2005 (28)
- Grande étude de *598 camps de l'ACA* entre 2006 et 2010 (4)

Les données du recours aux soins dans ces travaux sont rapportées au nombre de journées-campées (CDs) et données pour 1000CDs. Le tableau 21 tend à montrer que le taux de recours aux soins a été légèrement plus élevé lors de l’Eurojam 2014 que lors des grands camps étudiés, mais de manière non significative.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Moyenne	Eurojam	<i>p value</i>
traumatologie	1,82	0,13		0,83	2,01	1,07	1,54	7,50	0,85	0,39	0,47	1,66	2,34	<i>0,96</i>
médecine	2,71	1,09		2,49	2,14	0,95	0,20	13,3		0,83	1,23	2,78	4,6	<i>0,83</i>
non spécifié					3,18		1,14			0,22		1,51		
TOTAL	4,53	1,22	0,31	3,32	7,33	2,02	2,93	20,8		1,45	1,70	4,56	7,45	<i>0,75</i>

1 : 60 camps d’été du Scoutisme Français 2005

2 : Jamboree scout mondial de Moisson 1947

3 : Jamboree scout mondial de Gödöllö 1933

4 : Jamboree scout provincial canadien 2009

5 : Jamboree scout mondial de Rinkaby 2011

6 : Jamboree scout national américain 2013

7 : Camp de la YMCA 2000

8 : Camp national de la VCP 1988

9 : Jamboree national américain 1988

10 : 28 camps de l’ACA 2005

11 : 598 camps de l’ACA 2006-2010

Tableau 21 : Comparaison du recours aux soins dans différentes études (demandes de soins pour 1000CDs)

La demande de soins globale du Jamboree Mondial de 2011 est très proche de celle de l’Eurojam 2014. Les taux de consultations sont élevés, liés à l’importance et à la durée de ces rassemblements où l’environnement impose plus de contraintes sur les jeunes que les classiques camps d’été, dont ceux des *Guides et Scouts d’Europe*, et dont les chiffres peuvent être assimilés à l’analyse des soixante camps du Scoutisme Français. Ces données ne peuvent servir de manière fiable à l’élaboration d’un dispositif de santé pour un rassemblement international.

Notre étude et celle du Jamboree 2011 enregistrent des taux de consultations largement inférieurs à celui du camp de la VCP ($p < 0,001$). Le dispositif sanitaire de ce camp était moins bien organisé et a dû faire face à un afflux de demandes imprévues du fait d’un soleil caniculaire. De plus, dans les rassemblements internationaux une part des malades « échappent » au dispositif de santé officiel par l’intervention en amont des médecins accompagnant les différents contingents.

Les études anciennes, des Jamborees de 1933 et 1947 montrent des taux de demandes de soins très inférieures aux autres ($p < 0,001$), du fait probablement d'une perception de la santé et de la maladie très différente d'aujourd'hui.

Enfin, les différentes études américaines récentes, quelque soit le nombre de journées-campées sur lesquelles elles portent, retrouvent des taux de consultations bien plus bas que ceux de l'Eurojam ou du Jamboree National de 2011. Ceci pourrait s'expliquer par le travail de recherche, d'analyse et de prévention effectués en profondeur depuis des années par de grandes associations comme les *Boy Scouts of America* ou l'*American Camp Association*. Leurs outils et leurs méthodes, développés dans notre deuxième partie de travail pourraient ainsi être utiles pour améliorer la qualité non seulement de la prise en charge, mais surtout de la prévention primaire des accidents et épidémies, dans nos propres camps et rassemblements.

b. Diagnostics

Nous avons comparé notre travail du point de vue des diagnostics établis en fin de consultation avec ceux d'études portant sur d'autres rassemblements de jeunes l'été :

- *60 camps d'été du Scoutisme Français* en 2005, 122 consultations (12)
- *Camps de l'Etat de New-York* en 1972, 1412 consultations (57)
- *Jamboree mondial* de 2011, 3229 consultations (10)
- *Wisconsin Badger Camp* de 1992 à 1995, 2062 consultations (36)
- *Camp de l'ACA en Caroline du Sud* en 1993, 822 consultations (6)
- *Camp de l'ACA dans l'Etat de New-York* en 1981, 1321 consultations (5)
- *Camp Juif en Pennsylvanie* en 1993, 822 consultations (33)
- *Camp de la VCP en 1988*, 1247 consultations (11)

Nous avons calculé le pourcentage que représentait chacun des principaux diagnostics dans chaque camp, puis fait la moyenne de ces données afin de les comparer aux résultats de notre étude décrits plus hauts. Cette comparaison est détaillée dans le tableau 22. Après correction de Bonferroni, les différences sont significatives avec un risque d'erreur de 5% si $p < 0,001$.

Ces données confirment la haute incidence des insolations et des gastro-entérites à l'Eurojam 2014, phénomènes dont nous avons déjà expliqués les ressorts. La protection solaire, notamment des jeunes filles, est un point clé sur lequel les organisateurs de futurs rassemblements devront insister, même sous des latitudes aussi tempérées que les nôtres. Par ailleurs, il pourrait être bon de dépister les symptômes de maladie virale (notamment gastro-entérite, mais aussi grippe...) en début de camp pour éviter des épidémies telle que celle à laquelle nous avons dû faire face.

Le nombre élevé de consultations pour tiques peut découler comme nous l'avons dit d'une « surconsommation » médicale, mais aussi d'une véritable infestation par ces insectes de la zone de bivouac. L'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie avait d'ailleurs émis une mise en garde concernant ce risque peu de temps avant l'Eurojam, information relayée et accompagnée de règles et conseils prophylactiques auprès des unités scouts par les organisateurs du Dispositif Santé. Peut-être les scouts n'ont-ils pas appliqué ces recommandations avec suffisamment de rigueur...

A l'opposé, le nombre peu important de rhinopharyngites révèle à la fois un recours plutôt paramédical pour ces troubles et leur faible incidence pendant l'Eurojam, où la météorologie fut clémente.

Les lésions musculo-tendineuses ont été plus nombreuses que dans les autres camps. Cette constatation est à rapprocher du taux élevé de traumatismes, notamment chez les garçons. L'intensité physique de leurs activités et l'esprit de compétition étaient propices à la mise en jeu d'une force musculaire trop importante pour leurs jeunes fibres élastiques...

Enfin, la faible incidence relative des migraines et crises d'épilepsie dans notre étude s'explique par la présence dans le groupe « autres études » d'un camp pour handicapés mentaux chez qui ces troubles sont bien plus présents que dans la population générale (36).

Hormis ces quelques exceptions, les diagnostics ne diffèrent pas dans notre étude de ceux des travaux européens et américains précédents. Les conseils et mesures, tirés de nos résultats et à prévoir pour d'autres rassemblements de jeunes, semblent donc être pertinents pour tout médecin désireux de participer au service de Santé d'un camp d'été ou de l'organiser.

	Eurojam 2014	Moyenne des autres études	p value
gastro-entérite	18,98%	11,16%	<0,001
plaie	9,38%	10,14%	0,76
contusion	8,00%	7,63%	0,92
morsure de tique	6,61%	0,96%	<0,001
entorse	6,08%	8,61%	0,03
insolation	5,76%	0,80%	<0,001
inflammation cutanée locale (piqûres...)	3,41%	4,48%	0,31
infection cutanée	3,30%	2,62%	0,46
brûlures	2,88%	2,50%	0,79
tendinites, élongation	2,56%	0,93%	<0,001
angine	2,45%	2,04%	0,72
crise de spasmophilie, état de stress aigu	2,13%	1,02%	0,01
rhino-pharyngite	1,71%	9,29%	<0,001
urticaire	1,60%	2,60%	0,17
lumbago	1,60%	0,63%	0,01
constipation	1,60%	0,66%	0,09
otite (moyenne aiguë, externe)	1,28%	2,01%	0,31
conjonctivite	1,17%	2,09%	0,16
problème dentaire	0,96%	2,46%	0,02
ongle incarné	0,96%	1,64%	0,36
malaise vagal	0,96%	0,66%	0,72
migraine	0,75%	5,44%	<0,001
corps-étranger intradermique	0,75%	1,67%	0,11
bronchite	0,75%	1,03%	0,70
mycose (pied d'athlète...)	0,64%	0,78%	0,91
crise d'épilepsie	0,53%	4,99%	<0,001
crise d'asthme	0,53%	0,90%	0,52
règles douloureuses	0,43%	1,04%	0,09
cystite	0,43%	0,31%	0,53
luxation	0,32%	0,23%	0,70
fracture	0,32%	0,34%	1
crise hémorroïdaire	0,21%	0,30%	1
abdomen chirurgical (appendicite, occlusion...)	0,11%	0,51%	0,21

Tableau 22 : Comparaison des diagnostics de l'Eurojam avec ceux des études précédentes
(Pourcentage des consultations effectuées)

Conclusion

Né il y a plus de cent ans de la volonté farouche de Baden-Powell d'éduquer et de former à la vie en société les adolescents, le scoutisme est encore bien vivant et peut-être plus que jamais nécessaire aujourd'hui. Les multiples associations qui permettent sa pratique ont toutes le même calendrier annuel dont l'apothéose est le camp d'été. Le scoutisme partage par ailleurs cette pratique avec toutes les associations de jeunesse qui organisent des « camps de vacances ». De manière plus occasionnelle, de grands rassemblements internationaux tels que les *Jamboree* ou les *Eurojam* sont organisés.

De par un environnement inhospitalier, auquel les jeunes ne sont pas habitués, ces camps estivaux (et plus encore les rassemblements internationaux) sont propices à la survenue d'accidents et de maladies, dont la prévention et la prise en charge doivent être élaborées à l'avance par les chefs. Le besoin de connaître avec fiabilité les événements dont la survenue est probable semble important dans ce but organisationnel et préventif.

Notre étude met en évidence les deux grands types de problèmes qui affectent la santé des jeunes dans ces camps : les traumatismes et les maladies infectieuses, notamment les gastro-entérites. La prévention des premières repose sur la programmation de jeux non-violents, une surveillance de tous les instants et une hygiène de vie (sommeil, alimentation, hydratation) adéquate. Celle des secondes nécessite la formation des adolescents à l'hygiène (mains, corps, toilettes, cuisine...), la mise à jour du calendrier vaccinal et le dépistage et l'isolement précoces des cas suspects.

D'autres demandes de soins reviennent de manière récurrente. Elles sont principalement liées aux insectes (piqûres inflammatoires, tiques...), au soleil (insolations...), et au stress psychologique induit par l'éloignement et la vie en groupe. La connaissance des règles de vie en milieu hostile doit être enseignée et appliquée à la lettre.

Enfin, de façon plus ponctuelle, peuvent survenir, surtout quand le nombre de campeurs ou de jours de camp est élevé, de véritables urgences médicales ou chirurgicales.

Notre travail pourrait être poursuivi par l'évaluation des besoins réels en moyens de transport et en examens complémentaires notamment radiologiques qui semblent importants.

Les associations d'accueil de mineurs ont cruellement besoin de praticiens pour encadrer leurs camps, à une époque où l'engagement gratuit est difficile et où les normes sanitaires se font plus pesantes.

La pratique de la médecine dans un camp scout enrichit les connaissances humaines et scientifiques du médecin, en même temps qu'elle peut le faire renouer avec ses aspirations profondes de rencontre avec les autres, avec la nature, voire avec Dieu.

Néanmoins cette expérience peut se révéler difficile sans exercice régulier d'une médecine « générale » à forte connotation pédiatrique, avec prise en charge de traumatologie et de quelques véritables urgences. A défaut de cette pratique, il est fortement recommandé aux médecins désireux de s'impliquer dans les camps de jeunes de travailler en équipe et de réinvestir ces connaissances.

La réussite d'un tel camp est directement liée au bon fonctionnement de l'équipe médicale et paramédicale. Pour cela, médecins et chefs scouts (ou éducateurs d'autres mouvements) sont invités à avancer conjointement pour faire progresser chez les jeunes les connaissances liées à la santé, aux relations humaines et à l'environnement.

Vive la Médecine, et vive le Scoutisme !

BIBLIOGRAPHIE

1. *Accueils collectifs de mineurs (ACM)* [Internet]. Disponible sur : <http://www.jeunes.gouv.fr/interministeriel/loisirs/vacances/article/accueils-collectifs-de-mineurs-acm>
2. SOLAZZI D. Education a la sante des préadolescents : éléments d'évaluation de la méthode éducative des Scouts de France [Thèse]; 1989.
3. WULLAERT P. Expérience personnelle sur le rôle du médecin dans un camp scout [Thèse d'exercice]. Université de Lyon; 1956.
4. BAIRD S. Healthy Camp Study : Impact Report [Internet]. Disponible sur: <http://www.acacamps.org/sites/default/files/images/education/Healthy-Camp-Study-Impact-Report.pdf>
5. FIEDELMAN W, CARBON K, LEWIS D. Medical problems at a summer camp. *New York State Journal of Medicine*. Fév 1983; 83(2): 209-12
6. KEY JD. Illnesses and injuries at summer camp. *Southern Medical Journal*. Mai 1997; 90(5): 489-12
7. DUNNE R, WISE S, et al. Emergency Medical Services, Injury, and Illness at the 2013 Boy Scout Jamboree. *Annals of Emergency Medicine*. Oct 2014; 64(4S): 51.
8. STANILONIS PB, MEYER RJ. Health and safety in summer camps. *Public Health Rep*. Avr 1966; 81(4): 305-10.
9. ROGER J, MEYER MD M, et al. Epidemiology of Summer Camp Accidents. *Archives of Environmental Health : An International Journal*. Sept 1963; 7(3): 325-30.
10. JAMMER I, ANDERSSON CA, et al. Medical services of a multicultural summer camp event : experiences from the 22nd World Scout Jamboree, Sweden 2011. *BMC Health Services Research*. Mai 2013; 13(1): 187.
11. SAEGER W, SCHULZ G, et al. Das oeffentliche Gesundheitswesen (Medical care in large camp grounds - a report of experiences). *Offentl Gesundheitswes*. Oct 1989; 51(10): 629-34.
12. BARDY L. Les recours aux soins dans les camps du scoutisme français: étude de 2666 cas en 2005. [Thèse] Université de Toulouse III; 2006.
13. LEROY A. Un siècle de scoutisme. Hors Collection; 2007. 169 p.
14. *Travail des enfants* [Internet]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Travail_des_enfants&oldid=111815729

15. JAMOT A. L'aventure scout. Un siècle de scoutisme avec Pierre Joubert. Editions Delahaye; 2007. 128 p.
16. PASCAL A. Scoutisme, un siècle d'aventures. Ouest-France; 2011. 109 p.
17. *Robert Baden-Powell* [Internet]. Disponible sur:
http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Robert_Baden-Powell&oldid=111076102
18. *Michel Menu, « le Vieux Goumier », a rejoint le Père* [Internet].
Disponible sur :
<http://www.famillechretienne.fr/agir/pelerinages/michel-menu-le-vieux-goumier-a-rejoint-le-pere-44658>
19. *Scoutisme en France* [Internet]. Disponible sur :
http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Scoutisme_en_France&oldid=112645282
20. *Scoutisme.Net - Portail scout d'information sur le scoutisme et les mouvements scouts en France* [Internet]. Disponible sur :
<http://www.scoutisme.net/>
21. *Effectif du scoutisme en France - Scoutopedia, l'Encyclopédie scout !* [Internet]. Disponible sur :
http://fr.scoutwiki.org/Effectif_du_scoutisme_en_France
22. ANGELIS J-L. La véritable histoire des Guides et Scouts d'Europe. Presses de la Renaissance; 2008. 356 p.
23. DEPOORTER T. L'histoire du Scoutisme Européen [Internet]. Editions de Riaumont. 2005. 17 p. Disponible sur :
http://www.fraternite.net/scoutisme_europeen.pdf
24. *Union internationale des Guides et Scouts d'Europe* [Internet]. Disponible sur :
<http://uigse-fse.org/>
25. *Dossier de Presse de l'Eurojam 2014* [Internet]. Disponible sur :
<http://www.eurojam.eu/wp-content/uploads/2014/04/Press-Kit-FR-FINAL1.pdf>
26. *Association des guides et scouts d'Europe* [Internet]. Disponible sur :
http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Association_des_guides_et_scouts_d%27Europe&oldid=112413908
27. *Eurojam (UIGSE) - Scoutopedia, l'Encyclopédie scout !* [Internet].
Disponible sur :
[http://fr.scoutwiki.org/Eurojam_\(UIGSE\)](http://fr.scoutwiki.org/Eurojam_(UIGSE))
28. YARD EE, SCANLIN MM, et al. Illness and Injury Among Children Attending Summer Camp in the United States, 2005. *Pediatrics*. Janv 2006; 118(5): e1342-9.
29. SILBERNAGL S, DESPOPOULOS A. Atlas de poche de physiologie. 3ème édition française. Flammarion; 2006. 436 p.
30. MANIGUET X. Survivre : comment vaincre en milieu hostile. Nouvelle édition. Albin Michel; 2012. 510 p.

31. RAUCKHORST L, AROIAN JF. Children's use of summer camp health facilities: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Nursing*. Août 1998; 13(4): 200-9.
32. STEPHENS CR. Camp health center usage at a Scout jamboree. *Nursing*. Nov 2012; 42(11): 17-22.
33. TRACHTMAN H, WOLOSKI-WRUBLE AC, et al. Pediatric Practice in a Summer Sleep-Away Camp. *Clin Pediatr*. Janv 1994; 33(11): 649-53.
34. CARPENTIER J-P, SABY R. Coup de chaleur du sportif. *Urgence Pratique* [Internet]. 2007. Disponible sur : <http://www.astrium.com/file/Coup%20de%20chaleur.pdf>
35. PAYNE DD. Health at a world jamboree. *Public Health*. Oct 1947; 61: 132-4.
36. OLK DG. Health Care Service at a Camp for the Developmentally Disabled : A Four Year Experience at Wisconsin Badger Camp. *Wis Med J*. 1996; 95(8): 565-9.
37. WETTERHALL SF, WAXWEILER RJ. Injury surveillance at the 1985 National Boy Scout Jamboree. *The American journal of sports medicine*. 1988; 16(5): 534-8.
38. BOUCHAUD O. Médecine des voyages et tropicale - Médecine des migrants. 3ème édition. Elsevier Masson; 2012. 345 p.
39. *IFREMER*. Etude des bactéries pathogènes liées à l'eau. *UE Santé et Environnement*. Déc 2008; Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen.
40. RAZAKANDRAINIBE R, GOFF LL et al. Giardiose et cryptosporidiose: deux parasitoses à transmission hydrique. *Revue Francophone des Laboratoires*. Févr 2014; 2014(459): 51-6.
41. OGDEN ID, HEPBURN NF et al. Long-term survival of Escherichia coli O157 on pasture following an outbreak associated with sheep at a scout camp. *Letters in applied microbiology*. 2002; 34(2): 100-4.
42. HOWIE H, MUKERJEE A et al. Investigation of an outbreak of Escherichia coli O157 infection caused by environmental exposure at a scout camp. *Epidemiology and infection*. 2003; 131(03): 1063-9.
43. *AGSE*. Activités, bonnes pratiques et réglementation - supplément à la revue Scout d'Europe n°271. 11ème édition. Scouteuropresse ; 2014. 150 p. Disponible sur: <http://next.scouts-europe.org>

44. McLAUGHLIN JB, GESSNER BD et al. Association of Regulatory Issues With an Echovirus 18 Meningitis Outbreak at a Children's Summer Camp in Alaska. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. Sept 2004; 23(9): 875-7.
45. NYGÅRD K, VOLD L et al. Waterborne outbreak of gastroenteritis in a religious summer camp in Norway, 2002. *Epidemiology & Infection*. Avr 2004; 132(02): 223-9.
46. LEE LA, OSTROFF SM et al. An Outbreak of Shigellosis at an Outdoor Music Festival. *Am J Epidemiol*. Mars 1991; 133(6): 608-15.
47. COLES FB, KONDRACKI SF et al. Shigellosis Outbreaks at Summer Camps for the Mentally Retarded in New York State. *Am J Epidemiol*. Janv 1989 ;130(5): 966-75.
48. NYGÅRD K, SCHIMMER B et al. A large community outbreak of waterborne giardiasis - delayed detection in a non-endemic urban area. *BMC Public Health*. Mai 2006; 6(1): 1.
49. FAVENNEC L. Épidémiologie et diagnostic de la giardiose humaine: quoi de neuf? Dossier Scientifique. *Revue Francophone des Laboratoires*. Mars 2012; 2012(440): 35-8.
50. ELLIOTT TB, ELLIOTT BA, et al. Risk Factors Associated With Camp Accidents. *Wilderness & Environmental Medicine*. Mars 2003; 14(1): 2-8.
51. MARCHAND E, PRAT C et al. Autochthonous case of dengue in France, October 2013. *Eurosurveillance*. Déc 2013; 18(50): 20661.
52. DELISLE E, ROUSSEAU C et al. Chikungunya outbreak in Montpellier, France, September to October 2014. *Eurosurveillance* [Internet]. Disponible sur :
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21108>
53. *Haut Conseil de la Santé Publique. Prise en charge médicale des personnes atteintes par le virus Zika - Juillet 2015* [Internet]. Disponible sur :
file:///C:/Users/UTILIS~1/AppData/Local/Temp/hcspr20150728_zikaprisenchargemedicale-1.pdf
54. LEWIS MI, REGAN JF. Necrotic arachnidism. *Calif Med*. Déc 1966; 105(6): 457-62.
55. *Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Conférence de Consensus en Thérapeutique Anti-Infectieuse - Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives - Décembre 2006*. [Internet]. Disponible sur :
http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/2006-lyme-long.pdf

56. REDD JT, VOORHEES RE et al. Outbreak of lepidopterism at a Boy Scout camp. *Journal of the American Academy of Dermatology*. Juin 2007; 56(6): 952-5.
57. ASNES RS, FELDMAN B et al. The medical care of children at summer camps: An evaluation of 1,412 infirmary visits. *Am J Dis Child*. Juil 1974; 128(1): 64-6.
58. HARRY P, DE HARO L. Traitement des envenimations par les serpents en France. *Réanimation*. 2002; 11: 548-53.
59. NIELSEN C, RAVN H, et al. Manuel pratique de la berce géante. Directives pour la gestion et le contrôle d'une espèce végétale invasive en Europe. *Forest and Landscape Denmark*. Hoersholm; 2005. 44 p. Disponible sur : http://www.giant-alien.dk/pdf/French%20manual_web.pdf
60. GROSS TP, RATNER L et al. An Outbreak of Phototoxic Dermatitis Due to Limes. *Am J Epidemiol*. Janv 1987; 125(3): 509-14.
61. GUERBET M. Toxicologie des pesticides. *UE Santé et Environnement* ; Févr 2008; Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen.
62. *Confédération « la Jeunesse au Plein Air »*. Guide de bonnes pratiques d'hygiène de la restauration collective de plein air des accueils collectifs de mineurs. Les éditions des Journaux Officiels ; 2010. Disponible sur : <http://www.mej.fr/IMG/pdf/guide-restauration-collective-plein-air.pdf>
63. MASLOW GR, LOBATO D. Summer Camps for Children With Burn Injuries : A Literature Review. *Journal of Burn Care & Research*. Sept 2010; 31(5): 740-9.
64. PAFFENBARGER RS, BERG G et al. Viruses and Illnesses in a Boys' Summer Camp. *Am J Epidemiol*. Janv 1959; 70(3): 254-74.
65. ROTMAN CB, SCHMALZ E. Illnesses and injuries in a summer camp. *The American Journal of Nursing*. 1977; 77(5): 821-2
66. (*Budapest, from our own correspondant*) The Health of Boy Scouts. *The Lancet*. Sept 1933; 222(5742): 669-70.
67. SCHAFFZIN JK, POLLOCK L et al. Effectiveness of Previous Mumps Vaccination During a Summer Camp Outbreak. *Pediatrics*. Janv 2007; 120(4): e862-8.
68. BARRETT JP, ROSEN IM, et al. Respiratory Illnesses at the 2009 U.S. Army ROTC Advanced Camp. *Military Medicine*. Déc 2010; 175(12): 990-4.

69. FOLEY JF, CHIN TDY. Outbreak of nonbacterial gastroenteritis at a Boy Scout ranch. *Public Health Rep.* Nov 1959; 74(11): 1015-23.
70. DUIZER E, TIMEN A et *al.* Norovirus outbreak at an international scout jamboree in the Netherlands, July-August 2004: international alert. *Euro Surveill.* 2004; 8(33): 2523.
71. FEIKIN DR, MORONEY JF et *al.* An Outbreak of Acute Respiratory Disease Caused by *Mycoplasma pneumoniae* and Adenovirus at a Federal Service Training Academy : New Implications from an Old Scenario. *Clin Infect Dis.* Janv 1999; 29(6): 1545-50.
72. GOLDLUST E, WALTON E et *al.* Injury patterns at US and Canadian overnight summer camps: first year of the Healthy Camp study. *Inj Prev.* Janv 2009; 15(6): 413-7.
73. HAWLEY H, MORIN DP, et *al.* Coxsackievirus b epidemic at a boys' summer camp : Isolation of virus from swimming water. *JAMA.* Oct 1973; 226(1): 33-6.
74. LAIGLE S. L'hygiène et la santé en camp scout, vu par une pharmacienne [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier I. 2005.
75. MAURER BM. Le scoutisme et l'hygiène de l'adolescent. [Thèse d'exercice]. 1931.
76. RUDOLF MCJ, ALARIO AJ et *al.* Self-medication in Childhood: Observations at a Residential Summer Camp. *Pediatrics.* Janv 1993; 91(6): 1182-4.

ANNEXES

Annexe 1

Liste des *Jamboree* Mondiaux

Il n'y a pas eu de *Jamboree* d'organisé pendant la Seconde Guerre Mondiale.

Le *Jamboree* de 1979 devait avoir lieu en Iran mais a dû être annulé pour raisons politiques.

Les *Jamboree* de 1998-1999 et 2002-2003 ont été organisés en hiver, à cheval sur les deux années.

1920	1 ^{er} jamboree mondial	Olympia-Londres (Royaume-Uni)	8 000 scouts
1924	2 ^{ème} jamboree mondial	Ermelunden (Danemark)	4 500 scouts
1929	3 ^{ème} jamboree mondial	Birkenhead (Royaume-Uni)	50 000 scouts
1933	4 ^{ème} jamboree mondial	Gödöllö (Hongrie)	25 700 scouts
1937	5 ^{ème} jamboree mondial	Vogelenzang (Pays-Bas)	28 750 scouts
1947	6 ^{ème} jamboree mondial (jamboree de la Paix)	Moisson (France)	24 000 scouts
1951	7 ^{ème} jamboree mondial	Bad Ischl (Autriche)	12 000 scouts
1955	8 ^{ème} jamboree mondial	Niagara-on-the-lake (Canada)	11 000 scouts
1957	9 ^{ème} jamboree mondial (« Jubilé de B-P », 50 ans du scoutisme)	Sutton Park (Royaume-Uni)	30 000 scouts
1959	10 ^{ème} jamboree mondial	Laguna (Philippines)	12 000 scouts
1963	11 ^{ème} jamboree mondial	Marathon (Grèce)	14 000 scouts
1967	12 ^{ème} jamboree mondial	Farragut State Park (Etats-Unis)	12 000 scouts
1971	13 ^{ème} jamboree mondial	Fujinomiya (Japon)	23 700 scouts
1975	14 ^{ème} jamboree mondial	Lillehammer (Norvège)	17 200 scouts
1983	15 ^{ème} jamboree mondial	Kananaskis City (Canada)	15 000 scouts
1987	16 ^{ème} jamboree mondial	Sydney (Australie)	15 000 scouts
1991	17 ^{ème} jamboree mondial	Soraskan National Park (Corée du Sud)	20 000 scouts
1995	18 ^{ème} jamboree mondial	Dronten et Zeewolde (Pays-Bas)	29 000 scouts
1998-1999	19 ^{ème} jamboree mondial	Picarquin (Chili)	31 000 scouts
2002-2003	20 ^{ème} jamboree mondial	Sattahip (Thaïlande)	24 000 scouts
2007	21 ^{ème} jamboree mondial (jamboree du centenaire)	Chelmsford (Royaume-Uni)	40 000 scouts
2011	22 ^{ème} jamboree mondial	Rinkaby (Suède)	40 000 scouts
2015	23 ^{ème} jamboree mondial	Kirarahama (Japon)	

Annexe 2

Statuts fédéraux de l'Union Internationale des Guides et Scouts d'Europe

I. BUTS

1.1. NOM

1.1.1. L'UNION INTERNATIONALE DES GUIDES ET SCOUTS D'EUROPE – FEDERATION DU SCOUTISME EUROPEEN est une association privée internationale de fidèles de droit pontifical, dotée de la personnalité juridique. En plus des normes de ces Statuts, l'Union est régie par le droit canonique en vigueur.

Dans les présents Statuts, elle est généralement désignée par le terme d'Union ou par le sigle U.I.G.S.E.-F.S.E. .

1.1.2. Toute modification aux présents Statuts sera faite selon les normes du Règlement et devra être approuvée par le Conseil Pontifical pour les Laïcs.

1.1.3. L'U.I.G.S.E.-F.S.E est ouverte aux associations nationales qui adhéreront aux présents Statuts.

1.2. OBJET

1.2.1. L'Union vise à rassembler dans une même communauté de foi, de prière et d'action, les diverses associations nationales des Guides et Scouts d'Europe, dont le but essentiel est de former des jeunes par la pratique du scoutisme traditionnel de Baden-Powell, sur les bases chrétiennes qui sont le fondement de notre commune civilisation européenne.

1.2.2. Par delà les frontières nationales, l'Union veut créer une véritable communauté de vie chrétienne des jeunes des divers pays d'Europe. Par là même, elle entend contribuer à une prise de conscience de la communauté des peuples de l'Europe, tout en développant une saine culture de toutes les valeurs nationales qui représentent les multiples formes d'expression de notre patrimoine commun.

1.2.3. L'Union proclame son indépendance absolue à l'égard des partis et des organismes politiques, ce qui lui permet d'affirmer avec d'autant plus de force la nécessité générale d'une éducation civique des jeunes, que le scoutisme doit pratiquer selon les principes définis par Baden-Powell, et plus spécialement, en ce qui la concerne, d'une éducation européenne qu'elle entend promouvoir selon ses buts particuliers.

1.2.4. L'U.I.G.S.E.-F.S.E. veut proposer aux jeunes:

- le sens de Dieu et la formation chrétienne;
- le sens de l'amour et du service du prochain;
- la formation du caractère et de la personnalité;
- l'habileté manuelle et le sens du concret;
- le développement physique.

1.2.5. L'U.I.G.S.E.-F.S.E. croit au destin surnaturel, personnel et unique de chaque homme, et refuse en conséquence toute conception sociale conduisant à un quelconque phénomène de massification ou de collectivisation qui sacrifie l'homme à la société.

1.2.6. L'U.I.G.S.E.-F.S.E. veut former l'homme de foi, fils de l'Église.

1.2.7. L'U.I.G.S.E.-F.S.E. donne le primat à la vocation de tout chrétien à la sainteté. Un Scout ou une Guide doit vivre sa Promesse, ses Principes et sa Loi selon les exigences du Sermon sur la Montagne, véritable charte de toute vie chrétienne.

En ce sens, l'U.I.G.S.E.-F.S.E. est appelée à être, toujours davantage, un moyen de sanctification dans l'Église, un moyen qui favorise et encourage une union plus intime entre la vie concrète de ses membres et leur foi.

1.2.8. L'U.I.G.S.E.-F.S.E. considère que l'éducation différenciée des filles et des garçons au sein d'unités de vie distinctes constitue un point essentiel de sa pédagogie.

Le parallélisme et l'enrichissement mutuel des deux sections, masculine et féminine, permettent le plein épanouissement des aptitudes et des inclinations imparties dans le plan providentiel à chacun des deux sexes. Comme le formule la Loi, le Scout ou la Guide est l'ami de tous et le frère de tout autre scout. A ce titre l'U.I.G.S.E.-F.S.E. se situe au sein de la grande famille des Scouts et des Guides et travaille à édifier avec eux, dans l'esprit de Baden-Powell et dans le cadre de son projet éducatif original, une société plus juste et plus fraternelle.

1.2.9. L'Union regroupe des associations scoutées de confession catholique. Elle pose l'ensemble de ses actes et de ses décisions selon les règles de cette foi.

1.2.10. Il est souhaitable que les associations catholiques qui font partie de l'Union soient reconnues par les Evêques de leur pays, ou par leur Conférence Episcopale nationale.

1.2.11. Dans un esprit d'ouverture oecuménique, l'Union accueille, comme associations associées, aussi des associations appartenant soit à l'une des Églises orthodoxes, soit à l'une des Communautés Ecclésiales issues de la Réforme confessant la divinité du Christ et reconnaissant le Symbole des Apôtres comme définition de la foi, qui adhèrent en pleine connaissance au fait que l'Union soit reconnue canoniquement par l'Église Catholique.

1.2.12. Dans un pays où cohabitent plusieurs confessions chrétiennes, des Unités scoutées ou guides appartenant aux diverses Églises ou Communautés Ecclésiastiques peuvent coexister dans une même association, chaque Groupe accueillant des jeunes d'une même Église ou Communauté Ecclésiastique, suivant les normes du Règlement.

1.2.13. Le plein épanouissement religieux des jeunes exige que leurs chefs appartiennent à la même Église ou Communauté Ecclésiastique qu'eux, professent la même doctrine, participent à la même vie liturgique et sacramentelle.

1.2.14. Certains jeunes non chrétiens peuvent être admis exceptionnellement dans les Unités, à condition que leurs parents acceptent au préalable de reconnaître le caractère confessionnel du Groupe.

Nul ne peut prononcer la Promesse Scoutée ou Guide s'il n'est pas baptisé. On peut toutefois admettre à la Promesse un Scout ou une Guide engagé dans la formation catéchuménale.

1.3. PROMESSE, LOI, PRINCIPES.

1.3.1. La Promesse, la Loi, les Principes sont à la base du scoutisme. Toutes les associations de l'U.I.G.S.E.-F.S.E. adoptent, chacune dans la langue (ou les langues) de son propre pays, les textes qui suivent, le texte en langue française faisant foi.

1.3.2. Promesse

1.3.3. Loi

1.3.4. Principes

1.4. LES BRANCHES COMMUNES

1.4.1. En ce qui concerne les Unités de Scouts, les Branches communes à toutes les associations sont constituées de:

- Meutes de Louveteaux, de 8 à 12 ans,
- Troupes d'Éclaireurs, de 11 à 17 ans,
- Clans ou Équipes de Pilotes et de Routiers, à partir de 17 ans.

1.4.2. En ce qui concerne les Unités de Guides, les Branches communes à toutes les associations sont constituées de:

- Clairières de Louvettes ou de Coccinelles, de 8 à 12 ans,
- Compagnies d'Éclaireuses, de 12 à 17 ans,
- Feux ou Équipes de Guides Aînées, à partir de 16-17 ans.

1.5. SIÈGE SOCIAL

L'U.I.G.S.E.-F.S.E. est domiciliée dans le pays de résidence du Commissaire Fédéral, sous réserve, en cas de transfert, des obligations qui découlent du droit civil national.

Titre II. ASSOCIATIONS

2.1. L'Union comprend des associations reconnues et des associations aspirantes.

La demande d'admission à l'U.I.G.S.E.-F.S.E. d'une association nationale est soumise à l'approbation du Conseil Fédéral.

Si la demande est acceptée, l'association nationale devient association aspirante.

l'association aspirante participe à la vie et aux activités de l'Union, mais, en application du Règlement, elle ne jouit pas de toutes les prérogatives et de tous les droits des associations reconnues.

Quand le Conseil Fédéral estime que l'association aspirante peut être reconnue, l'association entre à partie entière dans l'U.I.G.S.E.-F.S.E. avec toutes les prérogatives et tous les droits qui en découlent.

2.2. En cas de manquement grave aux présents Statuts, ou au Règlement, par une association nationale reconnue ou aspirante, le Conseil Fédéral peut décider l'exclusion de l'association nationale de l'U.I.G.S.E.-F.S.E. à la majorité des deux tiers des membres avec vote délibératif présents ou représentés au Conseil Fédéral.

2.3. Des normes communes à toutes les associations sont contenues dans le Règlement.

Titre III. ORGANISATION INTERNATIONALE

3.1. STRUCTURES DE L'U.I.G.S.E.-F.S.E.

Les structures de l'Union Internationale des Guides et Scouts d'Europe sont les suivantes:

- le Conseil Fédéral avec ses commissions,
- le Bureau Fédéral,
- le Commissariat Fédéral.

3.2. LE CONSEIL FEDERAL (COMPOSITION)

Le Conseil Fédéral comprend des membres avec vote délibératif et des membres avec vote consultatif.

3.2.1. Les membres avec vote délibératif

Les membres avec vote délibératif sont:

- le Commissaire Fédéral, le Président Fédéral, le Vice-Président Fédéral, le Secrétaire Fédéral;
- le Commissaire Général Scout, la Commissaire Générale Guide des associations reconnues;

d'autres membres, aux conditions fixées par le Règlement.

3.2.2. Les membres avec vote consultatif

Les associations aspirantes sont représentées au Conseil Fédéral avec vote consultatif, aux conditions fixées par le Règlement.

Le Conseiller Religieux Fédéral, ainsi que les Adjoints et Assistants du Commissaire Fédéral, assistent aux réunions du Conseil Fédéral à titre consultatif.

Les Conseillers Religieux Nationaux de chaque association assistent aux réunions du Conseil Fédéral avec vote consultatif.

3.3. LE CONSEIL FEDERAL (ATTRIBUTIONS)

3.3.1. Le Conseil Fédéral est le pouvoir souverain de l'Union Internationale des Guides et Scouts d'Europe-F.S.E. Si la loi civile le requiert, le Conseil Fédéral peut être l'assemblée générale de l'U.I.G.S.E.-F.S.E. et le Bureau Fédéral peut être son conseil d'administration.

3.3.2. Sont notamment réservés à la compétence du Conseil Fédéral:

- l'admission des associations et leur exclusion;
- la fixation et l'approbation, dans ses grandes lignes, du programme d'action de l'U.I.G.S.E.-F.S.E.;
- l'élection du Commissaire Fédéral, du Président Fédéral, du Vice-Président Fédéral, du Secrétaire Fédéral;
- la création de commissions spéciales;
- l'examen des ressources de l'Union, notamment la fixation de la cotisation, l'approbation du budget de l'Union et des comptes;
- la nomination d'un Vérificateur des comptes.

3.3.3. Le Conseil Fédéral se réunit à la périodicité et aux conditions fixées par le Règlement, qui indique aussi les modalités pour la convocation et le fonctionnement du Conseil Fédéral, ainsi que les règles pour les élections.

3.4. LE BUREAU FEDERAL

3.4.1. Le Bureau Fédéral est composé du Commissaire Fédéral, du Président Fédéral, du Vice-Président Fédéral, du Secrétaire Fédéral. Les membres du Bureau Fédéral sont élus par le Conseil Fédéral pour un mandat de trois ans. Ils sont rééligibles.

Les membres du Bureau Fédéral doivent être choisis parmi les membres qui adhèrent pleinement à l'identité religieuse et aux buts de l'U.I.G.S.E.-F.S.E., conformément à l'art. 1.1.1. des présents Statuts.

Le Conseiller Religieux Fédéral et le ou les Adjoints éventuels du Commissaire Fédéral participent aux réunions du Bureau avec vote consultatif.

3.4.2. Le Bureau Fédéral est la commission exécutive du Conseil Fédéral. Le Bureau Fédéral est garant de l'application des décisions du Conseil Fédéral, il supervise l'activité générale et la gestion économique de l'Union Internationale.

3.4.3. Le Président Fédéral:

- est le garant de l'application des Statuts Fédéraux et du Règlement de l'U.I.G.S.E.-F.S.E.;
- convoque et préside le Conseil Fédéral et le Bureau Fédéral;
- représente l'Union Internationale auprès du Saint-Siège et, en particulier, auprès du Conseil Pontifical pour les Laïcs.

3.4.4. Le Vice-Président Fédéral:

- est responsable des charges qui lui sont confiées par le Président Fédéral ou par le Bureau Fédéral;
- remplace le Président Fédéral en cas d'empêchement.

3.4.5. Le Secrétaire Fédéral est responsable:

- de l'organisation du Bureau Fédéral et du Conseil Fédéral;
- de l'administration des activités organisées par l'Union;
- de la gestion économique de l'Union.

3.4.6. Le Bureau Fédéral se réunit à la périodicité et aux conditions fixées par le Règlement. Il est convoqué par le Président Fédéral.

3.5. LE COMMISSARIAT FEDERAL

3.5.1. Le Commissariat Fédéral est constitué par le Commissaire Fédéral, le Conseiller Religieux Fédéral, un ou plusieurs Adjointes et Assistants pour des tâches précises.

3.5.2. Le Commissaire Fédéral, selon les normes du Règlement:

- oriente et dirige l'activité de l'Union;
- établit des contacts amicaux avec les différents Commissaires Généraux et équipes nationales;
- veille à l'exécution des décisions du Conseil Fédéral.

3.5.3. Dans ses rapports extérieurs, hormis ce qui est prévu à l'art. 3.4.3, l'Union est valablement représentée par son Commissaire Fédéral.

3.5.4. Le Commissaire Fédéral répond de ses actes devant le Conseil Fédéral.

3.6. LE CONSEILLER RELIGIEUX FÉDÉRAL

3.6.1. Le Conseiller Religieux Fédéral est un prêtre désigné par le Bureau Fédéral, qui demande au Conseil Pontifical pour les Laïcs de confirmer ce choix. L'Ordinaire propre de ce prêtre doit avoir donné le « nihil obstat » préalable pour qu'il puisse assumer le rôle de Conseiller Religieux Fédéral.

3.6.2. Le Conseiller Religieux Fédéral :

- est désigné pour trois ans ; son mandat peut être reconduit une ou plusieurs fois;
- est le Conseiller Religieux du Bureau Fédéral et du Commissariat Fédéral, il les assiste spirituellement;
- participe à la réflexion doctrinale et éducative du Mouvement et rappelle l'enseignement de l'Église en matière d'éducation chrétienne des enfants et des jeunes;
- informe l'U.I.G.S.E.-F.S.E. des initiatives du Saint Siège, spécialement dans le domaine de l'éducation;
- est attentif à informer le Saint Siège de la vie et des activités de l'Union.

A la demande des responsables fédéraux, le Conseiller Religieux Fédéral anime, avec le concours éventuel des Conseillers Religieux Nationaux, des rencontres de réflexion et de prière et des sessions de formation.

3.7. FONCTIONNEMENT

3.7.1. Les ressources de l'Union se composent des cotisations payées par les associations, des ventes éventuelles de publications ou d'autre matériel, des donations ou des subventions éventuelles, des biens et des propriétés éventuelles de l'Union.

3.7.2. Le patrimoine de l'Union, constitué par les ressources ci-dessus, répond seul des engagements souscrits par l'Union, à l'exclusion de toute responsabilité des associations membres.

3.7.3. La gestion du budget incombe au Secrétaire Fédéral.

3.7.4. Le contrôle des comptes est confié à un Vérificateur élu par le Conseil Fédéral.

3.7.5. Tous les actes administratifs qui concernent les biens de l'Union doivent être accomplis de façon qu'ils puissent avoir une validité civile dans le pays où ils sont faits.

3.7.6. En ce qui concerne la vente éventuelle des biens du patrimoine dont la valeur dépasse la somme de 1.000.000,00 Euro, le Président Fédéral demande le consensus du Conseil Pontifical pour les Laïcs.

Titre IV. DIVERS

4.1. DISSOLUTION DE L'UNION

La dissolution et la liquidation de l'Union ne peut intervenir que si les deux tiers des associations reconnues sont présents en Conseil Fédéral et à la majorité des deux tiers des membres avec vote délibératif présents ou représentés au Conseil Fédéral.

4.2. RÈGLEMENT

Pour l'application des présents Statuts Fédéraux, le Conseil Fédéral approuve un Règlement avec les particularités de l'organisation et du fonctionnement de l'U.I.G.S.E.-F.S.E..

Annexe 3

« Message aux familles » de la *Conférence Française du Scoutisme*

« Chers parents,

Préambule :

En France, dix associations scoutées sont agréées par le Ministère de la Jeunesse et des Sports. Le 21 juin 1999, six d'entre elles regroupées au sein de la Fédération du Scoutisme Français rendaient publique une déclaration sous la forme d'une charte de qualité du Scoutisme. Les quatre autres associations nationales agréées de Scoutisme, les Éclaireurs Neutres de France, la Fédération des Éclaireuses et Éclaireurs, les Guides et Scouts d'Europe et les Scouts Unitaires de France, représentent quant à elles 40.000 familles et 60.000 jeunes.

Ces quatre associations se considèrent, par leur histoire et leur expérience, également héritières des valeurs du Scoutisme. Elles sont unies par la volonté de maintenir la pratique de la méthode scoutée, qu'elles considèrent toujours adaptée aux besoins des enfants et des jeunes de notre temps. Elles adhèrent aux principes fondamentaux du Scoutisme mondial et sont déterminées à participer fraternellement à la reconstruction de l'unité du Scoutisme en France. Tout en affirmant leur indépendance et en voulant préserver leurs spécificités, elles tiennent à informer les familles des valeurs auxquelles elles adhèrent, de la méthode qu'elles pratiquent, et des engagements auxquels elles souscrivent.

1 Nos valeurs et nos références vécues :

1.1 Une fidélité au Scoutisme vivant

Nos quatre associations pratiquent le Scoutisme hérité de Baden-Powell, enrichi au fil du temps par l'expérience vécue, et choisi aujourd'hui par des milliers de familles. Le Scoutisme est fondé sur :

- Une même fidélité à la Loi Scoutée ;
- Un même attachement au système des patrouilles, à l'éducation du jeune par le jeune, à la vie dans la nature par le jeu scout ;
- Une même priorité donnée aux jeunes dans une action éducative complémentaire à celle des familles ;
- L'intégration, pour ceux qui le souhaitent, de la dimension spirituelle dans la vie scoutée ;
- La participation à la vie de la Cité.

1.2 Les 5 buts d'un Scoutisme moderne

Le Scoutisme est un mouvement d'éducation complémentaire aux familles. Il a pour but de contribuer au développement équilibré de toutes les dimensions de la personne humaine, en aidant les jeunes :

- à épanouir leur personnalité,
- à développer leur santé physique et morale,
- à acquérir le sens du concret,
- à savoir se mettre au service des autres,
- et à découvrir le sens spirituel de leur vie.

1.3 Un Scoutisme ouvert à tous dans le respect des convictions de chacun

Les Éclaireurs Neutres de France, créés en 1947, très vite soutenus par Georges Bertier, co-fondateur de la première association scoutée en France, et reconnus par le Ministère de la Jeunesse et des Sports en 1960, se rejoignent dans une laïcité associative qui fait un devoir actif à chacun « d'approfondir ses convictions et de respecter celles des autres » (laïcité active).

La Fédération des Éclaireuses et Éclaireurs, association laïque de Scoutisme fondée en 1989, a pour but de maintenir et de promouvoir la pratique d'un Scoutisme pour tous, fidèle aux intentions de Baden-Powell et des fondateurs du Scoutisme laïque en France. Elle a pour ambition de regrouper des associations scoutées ainsi que des initiatives isolées et dispersées ayant les mêmes choix pédagogiques en vue d'atténuer autant que possible l'émiettement nuisible au dynamisme du Scoutisme et contraire à l'esprit de large fraternité qui l'anime. Elle est ouverte à tous sans exclusive de principe mais avec des critères impératifs qui sont : fidélité aux idéaux, principes et méthodes du Scoutisme tels qu'ils sont définis par les organisations mondiales, respect de la législation en vigueur, abstention de toute manifestation partisane.

La FEE et les ENF travaillent ensemble à réunir leurs associations laïques de Scoutisme.

Les Guides et Scouts d'Europe, dont l'association française a été créée en 1958 en France, font profession de Foi Catholique et sont en lien régulier avec l'Église Catholique qui les reconnaît comme association de laïcs.

Ils appartiennent à l'Union Internationale des Guides et Scouts d'Europe, ONG reconnue par le Conseil de l'Europe et dotée du statut consultatif. L'Union Internationale des Guides et Scouts d'Europe fédère également des unités ou des associations de jeunes de l'Église Orthodoxe ou des Communautés Évangéliques issues de la Réforme.

Les Scouts Unitaires de France, créés en 1971, sont un mouvement scout catholique. Mouvement d'éducation de jeunes en Église, ils s'attachent à proposer les activités scoutées dans le cadre des paroisses. Ils sont reconnus d'Utilité Publique et agréés par le Ministère de l'Environnement.

Ensemble, nous contribuons à construire l'unité et la fraternité scoutée, sans discrimination d'origine, de race, ni de croyance.

1.4 Un Scoutisme pour les jeunes d'aujourd'hui

La méthode scoutée, pertinente, moderne, actuelle, consiste, non pas à enseigner, mais à mettre le jeune en situation d'apprendre par lui-même. Le jeune apprend ainsi à devenir responsable du développement de toutes les composantes de sa personnalité et à construire son unité de vie.

1.5 Un Scoutisme libre et indépendant

Nos associations sont indépendantes de tout parti ou organisation politique.

2 Une méthode active

Pour y parvenir, le Scoutisme utilise une méthode d'éducation dont voici les caractéristiques essentielles :

- Le Scoutisme fait confiance à l'enfant et au jeune. La confiance est fondée sur la Promesse, engagement libre et solennel de suivre la Loi Scoutée, charte de vie commune.
- La vie scoutée se déroule dans le cadre de petits groupes autonomes selon trois tranches d'âge :
 - les louvettes ou jeannettes et louveteaux (8-12 ans), organisés en clairières ou rondes et meutes ;
 - les éclaireuses et éclaireurs (12-17 ans) répartis en patrouilles ;
 - les guides-aînées et routiers (17-20 ans) regroupés en feux et clans. Dans chacun de ces groupes, les enfants et les adolescents font l'expérience d'une large autonomie et d'un apprentissage concret à la liberté, aux exigences de la vie communautaire, à l'accès progressif à des responsabilités de plus en plus importantes, adaptées aux capacités et aux compétences qu'ils acquièrent. Soutenus par l'action et l'exemple des jeunes chefs adultes, les jeunes participent à l'élaboration du programme de leurs activités.
- Pour répondre aux besoins spécifiques de leur développement physique et psychologique, les garçons et les filles bénéficient d'une éducation différenciée.
- Les activités se déroulent principalement dans la nature, sous forme de jeux et d'aventures attrayantes et variées, faisant appel à l'acquisition de techniques de vie en plein air et d'animation de groupes. Le Scoutisme se contente de moyens simples. Les activités se déroulent tout au long de l'année ; le camp d'été est l'aboutissement et le sommet de l'année scoutée.

3 Les principes de vie qui nous rassemblent

- Le devoir envers Dieu ou l'idéal : chaque association s'efforce d'aider les jeunes à trouver le sens de leur vie, et, pour cela, à adhérer à des principes spirituels, à être fidèle à la religion ou à la philosophie qui les exprime et à accepter les devoirs qui en découlent. Par la diversité de leur spécificité spirituelle, les associations garantissent le libre choix des familles et leur liberté de religion et de croyance.
- Le devoir envers autrui : le Scoutisme forme des citoyens. Il apprend aux jeunes à se préoccuper des autres, par la pratique de l'esprit de service, en le manifestant dans son comportement quotidien et par des actions concrètes. Il développe notamment la loyauté et le dévouement envers les communautés d'appartenance : sa cité, son pays, l'Europe, le monde. Il conduit chaque jeune à participer à la vie de la société, dans le respect de la dignité de tout homme et de l'intégrité de la nature.
- Le devoir envers soi-même : le Scoutisme conduit le jeune à se prendre lui-même en charge et à devenir acteur et responsable de sa propre vie.

4 Nos engagements

Nous nous engageons plus particulièrement envers les familles, les jeunes et la société :

4.1 Vis-à-vis des familles

- Nous nous engageons à considérer que la sécurité physique et morale des enfants et des jeunes accueillis constitue un objectif prioritaire.
- Nous nous engageons à ce que notre encadrement soit formé, à le contrôler et à en assurer le suivi.
- Nous nous engageons à permettre le libre choix des familles en défendant la liberté et l'indépendance du Scoutisme.
- Nous nous engageons à apporter la meilleure information sur l'association de Scoutisme qui correspondra le mieux aux options et convictions des familles.

4.2 Vis-à-vis des enfants et des jeunes

- Nous nous engageons à offrir à chaque jeune des moments de joie et d'aventure par la pratique du Jeu Scout.
- Nous nous engageons à une obligation permanente de sécurité tout en favorisant l'apprentissage de l'autonomie et l'accès aux responsabilités.
- Nous nous engageons à être loyalement au service de chaque jeune, de chaque enfant, sans en attendre aucun avantage matériel.
- Nous nous engageons à faire découvrir à l'enfant et au jeune, le respect de l'engagement pris et le goût des responsabilités civiques dans une société à sa dimension.

- Nous proposons aux jeunes d'élargir leurs horizons en allant à la rencontre des autres au-delà de toutes les frontières, en favorisant les coopérations et échanges internationaux dans une démarche fraternelle.
- Nous nous engageons à leur enseigner que le véritable chemin du bonheur est de donner celui-ci aux autres.

4.3 Vis-à-vis de la société

Le Scoutisme s'est développé avant que ne soit instituée progressivement par l'État une réglementation garantissant la sécurité et la protection des mineurs dans les centres de vacances et de loisirs. Cette volonté de sécurité a toujours été présente dans nos associations.

- Agréées par le Ministère de la Jeunesse et des Sports, nos associations se conforment strictement à des règles précises concernant la formation de leurs cadres et responsables, la sécurité des activités, tout en préservant un espace de liberté rendant possible la poursuite du jeu scout. L'agrément ministériel reconnaît la qualité de nos formations et de nos activités.
- Nos associations ont mis en place un programme de formation rigoureux et contraignant, riche et fructueux, garantissant à la fois le respect des règles administratives et celui de la méthode et des valeurs du Scoutisme. Nos camps de formation peuvent bénéficier d'une homologation au titre du BAFA.
- L'agrément en tant qu'association de jeunesse et d'éducation populaire est une garantie du respect par chacune d'elles des règles de sécurité, d'hygiène et, plus généralement, de protection morale et physique des mineurs. Nos associations s'engagent fermement à respecter intégralement les prescriptions qui résultent de l'arrêté du 23 avril 1998.
- Nous nous engageons à promouvoir la reconnaissance de la spécificité du Scoutisme par rapport à d'autres formes de loisirs. En particulier, nous affirmons la nécessité du maintien du caractère bénévole des cadres d'animation, de formation et de direction, pour ne pas faire du Scoutisme un métier ou une activité lucrative, mais lui conserver sa dimension humaine et sa force d'engagement et de témoignage personnel au service des jeunes.
- Nous entendons jouer pleinement notre rôle de partenaire naturel des pouvoirs publics pour élaborer la réglementation spécifique qui saura prendre en compte les spécificités du Scoutisme.
- Nous participons à la vie de la cité par des actions au service de celle-ci, comme la protection de la nature et de l'environnement, les actions en faveur des jeunes en difficulté, les actions de solidarité.

En vous assurant chers parents, de notre entier dévouement au service de vos enfants,

Les Présidents et Commissaires Généraux des :

- Éclaireurs Neutres de France
- Fédération des Éclaireuses et Éclaireurs
- Guides et Scouts d'Europe
- Scouts Unitaires de France

Dominique Durand et Pierre Guichard, Danièle Lequet, Bertrand Bouchend'Homme, Marie-Noëlle Coevoet et Pierre Lonchamp, Gérard Bouet et Benoît Lesay. »

Annexe 4

Liste des plantes allergènes en France

ARBRES ET ARBUSTES

▫ Acéracées

- Érables
 - *Erable sycomore*

▫ Arbres à chatons

- Bétulacées
 - *Aulnes*
 - *Bouleaux*
 - *Charmes*
 - *Noisetier*

- Fagacées
 - *Châtaignier*
 - *Chênes*
 - *Hêtres*

- Salicacées
 - *Peupliers*
 - *Saule*

▫ Gymnospermes

- Cupressacées
 - *Cyprès*
 - *Genevriers*
 - *Thuyas*
- Pinacées
 - *Cèdres*
 - *Épicéa commun*
 - *Mélèzes*
 - *Pins*
 - *Sapins*

▫ Oléacées

- Frênes
 - *Frêne commun*
- Oliviers
 - *Olivier d'Europe*

▫ Platanacées

- Platanes
 - *Platane à feuille d'érable*

PLANTES HERBACÉES

▫ Graminées

- Graminées
céréalières
 - *Avoine cultivée*
 - *Blé*
 - *Maïs*
 - *Orge*
 - *Seigle*

- Graminées
fourragères
 - *Dactyle*
 - *Fléole*
 - *Flouve*
 - *Fromental*
 - *Ivraie*
 - *Pâturin*
 - *Vulpin des prés*

- Graminées
ornementales
 - *Avoine géante*
 - *Canne de
Provence*
 - *Eulalie*
 - *Seslérie
bleuâtre*

▫ Herbacées

- Astéracées
 - *Ambroisie*
 - *Armoise*
- Cannabacées
 - *Houblon*

- Plantaginacées
 - *Plantain à larges
feuilles*
 - *Plantain corne
de cerf*
 - *Plantain
lancéolé*
 - *Plantain moyen*

- Urticacées
 - *Ortie dioïque*
 - *Pariétaire
diffuse*
 - *Pariétaire
officinale*
 - *Petite ortie*

▫ Plantes d'appartement

- Fleurs coupées ou
séchées
 - *Les gypsophiles*
 - *Les plantes à
bulbe*
 - *Les Statice*
- Plantes arbustives
 - *Dracaena*
 - *Ficus*
- Plantes
décoratives
empotées
 - *Les Cactées*
 - *Tradescantia*

Annexe 5

JORF n°105 du 5 mai 2002

Décret n° 2002-883 du 3 mai 2002 relatif à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et de la ministre de la jeunesse et des sports,

Vu la directive des Communautés européennes n° 92/51/CEE du 18 juin 1992 modifiée relative à un deuxième système général de reconnaissance des qualifications ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L. 227-4 et suivants ;

Vu le code de l'éducation ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 2324-1 à L. 2324-4 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'éducation populaire et de la jeunesse en date du 20 mars 2002 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Section 1 : Dispositions générales

Article 1

Constituent un placement de vacances les accueils de mineurs avec hébergement organisés par une personne physique ou morale dans une ou plusieurs familles pendant les périodes de vacances des classes visées à l'article L. 521-1 du code de l'éducation, dès lors que ces accueils excèdent une durée de cinq nuits consécutives.

Constituent un centre de vacances les accueils collectifs de mineurs avec hébergement, autres que ceux visés à l'alinéa précédent, pendant les périodes de vacances visées à l'article L. 521-1 du code de l'éducation, dès lors que le nombre de mineurs accueillis est au moins égal à douze et que la durée de leur hébergement est supérieure à cinq nuits consécutives.

Constituent un centre de loisirs les accueils collectifs d'au moins huit mineurs sans hébergement, en dehors d'une famille, pendant quinze jours au moins au cours d'une même année. Le nombre des mineurs accueillis dans un même centre de loisirs ne peut être supérieur à 300.

Article 2

I. - Les personnes organisant l'accueil en France de mineurs mentionné à l'article 1er du présent décret doivent en faire préalablement la déclaration au représentant de l'Etat dans le département. A moins qu'il ne s'oppose à l'organisation de cet accueil, celui-ci délivre un récépissé, lequel vaut autorisation.

Dans le cas où la personne qui organise un accueil de mineurs est établie en France, la déclaration est effectuée auprès du préfet du département du lieu du domicile ou du siège social.

Celui-ci en transmet copie au préfet du département où l'accueil doit se dérouler.

Dans le cas où la personne qui organise l'accueil de mineurs est établie à l'étranger, la déclaration est effectuée auprès du préfet du département où cet accueil doit se dérouler.

Les modalités de cette déclaration et de la délivrance du récépissé sont fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre chargé des affaires sociales et du ministre chargé de la jeunesse.

II. - Toute personne établie dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen organisant sur le territoire de l'un de ces Etats l'accueil de mineurs de nationalité française ou résidant habituellement en France peut effectuer une déclaration auprès de l'autorité administrative selon des modalités prévues par un arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la jeunesse.

Cette déclaration donne lieu à la délivrance d'une attestation si la personne concernée est soumise de la part de l'Etat membre où elle est établie à des règles équivalentes à celles résultant des articles L. 227-4 à L. 227-12 du code de l'action sociale et des familles et des textes pris pour leur application.

Article 3

Les organisateurs mentionnés à l'article précédent vérifient que les personnes appelées, à quelque titre que ce soit, à prendre part à un accueil de mineurs n'ont pas fait l'objet d'une mesure administrative prise en application des articles L. 227-10 et L. 227-11 du code de l'action sociale et des familles.

A cet effet, ils peuvent avoir accès au fichier des personnes ayant fait l'objet d'une telle mesure, qui est établi dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la jeunesse, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article 4

L'injonction mentionnée à l'article L. 227-11 est adressée par le préfet du lieu du déroulement de l'accueil et précise le ou les motifs pour lesquels elle est prononcée ainsi que le délai accordé à l'intéressé pour mettre fin aux manquements et risques signalés. Elle est notifiée à l'organisateur de l'accueil ainsi qu'au responsable de l'accueil des mineurs mentionné à l'article 1er du présent décret ou à l'exploitant des locaux les accueillant.

L'arrêté préfectoral, mentionné à l'article L. 227-11, interrompant ou mettant fin à cet accueil ou prononçant la fermeture du centre de vacances ou du centre de loisirs est notifié dans les mêmes conditions. Il est motivé.

Section 2 : Dispositions relatives à l'hygiène et à la sécurité

Article 5

Les centres mentionnés à l'article 1er du présent décret, sauf ceux organisant des loisirs itinérants, doivent disposer de lieux d'activités abrités, adaptés aux conditions climatiques. Ils doivent être organisés de façon à permettre une utilisation distincte par les filles et par les garçons de plus de six ans d'installations sanitaires en nombre suffisant, eu égard à l'effectif accueilli. Ils doivent respecter les conditions hygiéniques applicables aux établissements de restauration collective à caractère social. Ils doivent disposer d'un lieu permettant d'isoler les malades.

Lorsque ces centres sont organisés dans des bâtiments, ceux-ci doivent satisfaire aux conditions techniques d'hygiène et de sécurité requises notamment par les règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, par les règles générales de construction et par le règlement sanitaire départemental en vigueur.

Article 6

Les centres de vacances mentionnés à l'article 1er du présent décret doivent être organisés de façon à permettre aux filles et aux garçons âgés de plus de six ans de dormir dans des lieux séparés. Chaque mineur hébergé doit disposer d'un moyen de couchage individuel.

Article 7

L'admission d'un mineur selon l'une des modalités prévues à l'article 1er du présent décret est subordonnée à la production d'un document attestant qu'il a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations. Elle est également soumise à la fourniture par les responsables légaux du mineur de renseignements d'ordre médical dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la jeunesse.

Ce document est adressé à l'organisateur de l'accueil ou à son représentant qui s'assure du respect de la confidentialité des informations.

Article 8

Les personnes qui participent à l'un des accueils mentionnés à l'article 1er du présent décret doivent produire, avant leur entrée en fonction, un document attestant qu'elles ont satisfait aux obligations légales en matière de vaccination.

Article 9

L'organisateur d'un centre mentionné à l'article 1er du présent décret met à la disposition du directeur du centre et de son équipe :

- 1° Des moyens de communication permettant d'alerter rapidement les secours ;
- 2° La liste des personnes et organismes susceptibles d'intervenir en cas d'urgence.

Un registre mentionnant les soins donnés aux mineurs est tenu par le directeur du centre.

Le suivi sanitaire est assuré, dans des conditions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la jeunesse, par une personne désignée par le directeur du centre.

Article 10

L'aménagement de l'espace dans lequel se déroulent les activités physiques ainsi que le matériel et les équipements utilisés pour leur pratique doivent permettre d'assurer la sécurité des mineurs. Un arrêté du ministre chargé de la jeunesse fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.

Article 11

Les personnes organisant l'accueil des mineurs ou leur représentant sont tenues d'informer sans délai le préfet du département du lieu d'accueil de tout accident grave ainsi que de toute situation présentant ou ayant présenté des risques graves pour la santé et la sécurité physique ou morale des mineurs.

Elles informent également sans délai de tout accident ou maladie les représentants légaux du mineur concerné.

Section 3 : Dispositions relatives à la qualification des personnes encadrant les mineurs dans les centres de vacances et les centres de loisirs

Article 12

Les fonctions d'animation en centres de vacances et en centres de loisirs peuvent être exercées :

1. Par les titulaires du brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur ou d'un titre ou d'un diplôme figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la jeunesse après avis du Conseil national de l'éducation populaire et de la jeunesse ;
2. Par les fonctionnaires et les militaires remplissant des missions prévues par leur statut particulier qui supposent des compétences en matière d'animation dans le domaine de la jeunesse. Un arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre chargé de la fonction publique, du ministre chargé des affaires sociales et du ministre chargé de la jeunesse pris après avis du Conseil national de l'éducation populaire et de la jeunesse fixe la liste des corps et cadres d'emploi concernés ;
3. Par les personnes qui, dans le cadre de la préparation du brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur ou de l'un des diplômes ou titres figurant sur la liste mentionnée au 1, effectuent un stage ou une période de formation en milieu professionnel dans un centre de vacances ou un centre de loisirs ;
4. A titre subsidiaire, par des personnes autres que celles mentionnées du 1 au 3 ci-dessus.

Le nombre des personnes titulaires des qualifications mentionnées aux 1 et 2 ci-dessus ne peut être inférieur à la moitié de l'effectif total. Celui des personnes mentionnées au 4 ne peut être supérieur à 20 % dudit effectif.

Article 13

Des diplômes ou titres spécifiques peuvent être exigés pour certaines activités physiques dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la jeunesse.

Article 14

Les fonctions de direction des centres de vacances et des centres de loisirs peuvent être exercées :

- 1° Par les personnes titulaires du brevet d'aptitude aux fonctions de directeur ou d'un diplôme ou titre figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la jeunesse après avis du Conseil national de l'éducation populaire et de la jeunesse ;
- 2° Par les fonctionnaires et les militaires remplissant les missions prévues par leur statut particulier qui supposent des compétences en matière de direction d'établissements ou services accueillant des jeunes. Un arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre chargé des affaires sociales, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la jeunesse pris après avis du Conseil national de l'éducation populaire et de la jeunesse fixe la liste des corps et cadres d'emploi concernés ;

3° Les personnes qui, dans le cadre de la préparation du brevet d'aptitude aux fonctions de directeur ou de l'un des diplômes ou titres figurant sur la liste mentionnée au 1, effectuent un stage ou une période de formation en milieu professionnel dans un centre de vacances ou un centre de loisirs.

Seules les personnes titulaires d'un diplôme ou d'un titre figurant à la fois sur la liste mentionnée au 1 et au répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation ainsi que les fonctionnaires et les militaires mentionnés au 2 peuvent exercer des fonctions de direction dans les centres de loisirs accueillant pendant plus de quatre-vingts jours un effectif supérieur à quatre-vingts mineurs.

Article 15

Sous réserve des dispositions de l'article 16, l'effectif minimum des personnes exerçant des fonctions d'animation dans les centres de loisirs est fixé comme suit :

1. Centres de loisirs accueillant des mineurs de moins de six ans : un animateur pour huit mineurs ;
2. Centres de loisirs accueillant des mineurs de six ans et plus : un animateur pour douze mineurs.

Article 16

Pour l'accueil des enfants scolarisés aux heures qui précèdent et suivent la classe, l'effectif minimum des personnes exerçant des fonctions d'animation est fixé à un animateur pour quatorze mineurs sauf pour les accueils concernant exclusivement les mineurs de moins de six ans, pour lesquels cet effectif est fixé à un animateur pour dix mineurs.

Article 17

Dans les centres de loisirs accueillant quatre-vingts mineurs au plus pendant une durée égale au plus à quatre-vingts jours, le directeur est inclus dans l'effectif des personnes exerçant des fonctions d'animation.

Article 18

L'effectif minimum des personnes exerçant des fonctions d'animation dans les centres de vacances est fixé comme suit :

1. En ce qui concerne les centres de vacances accueillant des mineurs âgés de moins de six ans : un animateur pour huit mineurs ;
2. En ce qui concerne les centres de vacances accueillant des mineurs âgés de six ans et plus : un animateur pour douze mineurs.

Article 19

Les directeurs de centres de vacances doivent être âgés de vingt-cinq ans révolus au moins si le centre accueille des mineurs de moins de six ans, et de vingt et un ans révolus au moins si le centre accueille des mineurs de six ans et plus.

Lorsque l'effectif d'un centre de vacances est supérieur à cent mineurs, le directeur doit être assisté d'un ou plusieurs adjoints, à raison d'un adjoint supplémentaire par tranche de cinquante mineurs au-delà de cent. Les conditions d'âge prévues au premier alinéa ne sont pas exigées des adjoints.

Article 20

Ne sont pas compris dans les effectifs minima mentionnés aux articles 15, 16, 17 et 18 du présent décret les personnes qui, sans être titulaires de la qualification requise pour exercer des fonctions d'animation, interviennent dans le cadre des objectifs pédagogiques développés par le centre de vacances ou le centre de loisirs.

Article 21

Des titres et diplômes étrangers peuvent être reconnus équivalents aux titres et diplômes français permettant d'exercer des fonctions d'animation ou des fonctions de direction dans les centres de vacances et dans les centres de loisirs. Ils sont inscrits par arrêté du ministre chargé de la jeunesse sur les listes mentionnées aux articles 12 et 14 du présent décret, après avis du Conseil national de l'éducation populaire et de la jeunesse.

Le directeur régional de la jeunesse, des sports et des loisirs du lieu de domicile du demandeur délivre l'attestation d'équivalence à toute personne titulaire d'un diplôme ou d'un titre étranger inscrit sur les listes mentionnées à l'alinéa précédent.

Article 22

Peuvent être autorisés à exercer en France les fonctions d'animation ou de direction d'un centre de vacances ou d'un centre de loisirs les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui, sans être titulaires d'un diplôme figurant sur les listes mentionnées aux articles 12 et 14, possèdent :

1. Un titre acquis dans un Etat visé à l'alinéa précédent réglementant l'exercice de la fonction concernée ;
2. Un titre acquis dans un pays tiers, admis en équivalence dans un Etat précité qui réglemente l'exercice de cette fonction, et justifient avoir exercé la fonction concernée pendant deux années au moins dans cet Etat ;
3. Un diplôme sanctionnant un cycle d'études orienté spécifiquement vers l'exercice de la fonction qu'ils désirent exercer en France, délivré par une autorité compétente d'un Etat précité ou dans des conditions définies par cet Etat ;
4. Un titre autre que ceux visés aux 1, 2 et 3 ci-dessus, délivré par une autorité compétente d'un Etat précité ou dans des conditions définies par cet Etat dès lors que les intéressés justifient, dans la fonction, d'une expérience professionnelle de deux années au moins acquise dans un Etat précité qui ne réglemente pas l'exercice de la fonction concernée.

Dans tous les cas, lorsque la formation de l'intéressé porte sur des programmes substantiellement différents de ceux du diplôme exigé par la législation nationale ou lorsque le titre dont il justifie ne prépare pas à l'intégralité des fonctions auxquelles donne accès la possession du diplôme national, l'autorité compétente peut exiger que le demandeur choisisse soit de se soumettre à une épreuve d'aptitude, soit d'accomplir un stage d'adaptation dont la durée ne peut excéder deux ans et qui fait l'objet d'une évaluation.

La décision est notifiée par le directeur régional de la jeunesse, des sports et des loisirs du lieu de domicile du demandeur, après avis du Conseil national de l'éducation populaire et de la jeunesse, dans un délai de quatre mois à compter du dépôt de la demande dans ses services.

Un arrêté du ministre chargé de la jeunesse précise la composition du dossier de demande d'équivalence et détermine les modalités du dépôt de la demande.

Article 23

Le présent décret est applicable à compter du 1er mai 2003.

Le décret n° 60-94 du 29 janvier 1960 concernant la protection des mineurs à l'occasion des vacances, des congés professionnels et des loisirs est abrogé à compter de cette date.

Article 24

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, la ministre de la jeunesse et des sports, la ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 3 mai 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de la jeunesse et des sports,
Marie-George Buffet
La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Élisabeth Guigou
Le ministre de l'intérieur,
Daniel Vaillant
Le ministre de la fonction publique
et de la réforme de l'Etat,
Michel Sapin
La ministre déléguée à la famille, à l'enfance
et aux personnes handicapées,
Ségolène Royal
Le ministre délégué à la santé,
Bernard Kouchner

Annexe 6

JORF n°50 du 28 février 2003

Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles

Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L. 227-4 et L. 227-5 ;

Vu le décret n° 2002-883 du 3 mai 2002 relatif à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs, et notamment ses articles 5, 7 et 9,

Arrêtent :

Article 1

L'admission d'un mineur en centre de vacances, en centre de loisirs sans hébergement et en placement de vacances est conditionnée à la fourniture préalable sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur au responsable du centre :

1° D'informations relatives :

- a) Aux vaccinations obligatoires ou à leurs contre-indications : copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin ;
- b) Aux antécédents médicaux ou chirurgicaux ou à tout autre élément d'ordre médical considéré par les parents ou le responsable légal du mineur comme susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour ;
- c) Aux pathologies chroniques ou aiguës en cours ; le cas échéant, les coordonnées du médecin traitant seront fournies. Si un traitement est à prendre durant tout ou partie du séjour, l'ordonnance du médecin devra être jointe et, s'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage ;

2° D'un certificat médical de non-contre-indication lorsqu'une ou plusieurs activités physiques mentionnées à l'article 13 du décret du 3 mai 2002 susvisé sont proposées dans le cadre de l'accueil.

Article 2

Sous l'autorité du directeur, un des membres de l'équipe d'encadrement est chargé du suivi sanitaire. Dans les centres de vacances, il est titulaire de l'attestation de formation aux premiers secours. Le suivi consiste notamment à :

- s'assurer de la remise, pour chaque mineur, des renseignements médicaux ainsi que, le cas échéant, des certificats médicaux, mentionnés à l'article 1er ;
- informer les personnes qui concourent à l'accueil de l'existence éventuelle d'allergies médicamenteuses ou alimentaires ;
- identifier les mineurs qui doivent suivre un traitement médical pendant l'accueil et s'assurer de la prise des médicaments ;
- s'assurer que les médicaments sont conservés dans un contenant fermé à clef sauf lorsque la nature du traitement impose que le médicament soit en permanence à la disposition de l'enfant ;
- tenir le registre dans lequel sont précisés les soins donnés aux mineurs, et notamment les traitements médicamenteux ;
- tenir à jour les trousseaux de premiers soins.

Article 3

Le directeur du centre de vacances ou du centre de loisirs sans hébergement s'assure du respect de la confidentialité des informations médicales mentionnées à l'article 1er et de celles contenues dans le registre mentionné à l'article 2.

Article 4

Les documents mentionnés à l'article 1er et les médicaments sont restitués aux responsables légaux du mineur à

l'issue de l'accueil. Ces derniers sont informés de tout événement de santé survenu pendant le séjour.

Article 5

La directrice de la jeunesse et de l'éducation populaire et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 20 février 2003.

Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale
et de la recherche,

Pour le ministre et par délégation :
La directrice de la jeunesse et de l'éducation
populaire,

H. Mathieu

Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,

L. Abenhaïm

Annexe 7

JORF n°130 du 6 juin 2004

Arrêté du 3 juin 2004 modifiant l'arrêté du 20 juin 2003 fixant les modalités d'encadrement et les conditions d'organisation et de pratique de certaines activités physiques dans les centres de vacances et les centres de loisirs sans hébergement

Le ministre de la jeunesse, des sports et de la vie associative,

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment son article L. 227-5 ;

Vu le décret n° 2002-883 du 3 mai 2002 relatif à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs, et notamment ses articles 10 et 13 ;

Vu le décret n° 2002-885 du 3 mai 2002 relatif au projet éducatif mentionné à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté du 21 mars 2003 fixant les titres et diplômes permettant d'exercer les fonctions d'animation et de direction en centres de vacances et de loisirs ;

Vu l'arrêté du 20 juin 2003 fixant les modalités d'encadrement et les conditions d'organisation et de pratique de certaines activités physiques dans les centres de vacances et les centres de loisirs sans hébergement,

Arrête :

Article 1

Le deuxième alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 20 juin 2003 susvisé est complété comme suit :

« Ces activités se déroulent conformément au projet éducatif de l'organisme et aux modalités d'organisation prévues. »

Article 2

Les annexes jointes au présent arrêté remplacent celles de l'arrêté du 20 juin 2003 susvisé relatives au test préalable à la pratique des activités aquatiques et nautiques en centres de vacances et en centres de loisirs, et aux activités d'équitation, de ski, de sports mécaniques et de voile.

Les annexes susmentionnées sont complétées par une annexe XXII qui définit les conditions de pratique et d'encadrement des parcours acrobatiques en hauteur.

Article 3

Dans les annexes de l'arrêté du 20 juin 2003 susvisé relatives aux activités d'escalade, de randonnée, de ski nautique et disciplines associées, de sports de combat, lorsqu'ils sont associés à l'exigence d'une qualification délivrée par une fédération titulaire de la délégation mentionnée au I de l'article 17 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984, les termes : « par des personnes titulaires du brevet d'aptitude aux fonctions d'animation (BAFA) ou d'un certificat de qualification, d'un titre ou d'un diplôme conformément aux dispositions de l'arrêté du 21 mars 2003 susvisé » sont remplacés par les termes : « par toute personne déclarée comme faisant partie de l'équipe pédagogique de l'accueil ».

Article 4

Le directeur de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et le délégué à l'emploi et aux formations sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 3 juin 2004.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur du cabinet,
J.-F. Vilotte

Nota. - Les annexes du présent arrêté sont publiées au Bulletin officiel du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative, qui sera disponible auprès du Centre national de documentation pédagogique, 77568 Lieusaint Cedex.

Annexe 8

INSTRUCTION N° 03-020 JS

OBJET : Mise en application de la réglementation relative aux centres de vacances, de loisirs et placements de vacances à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs

REF : - Art. L.227-4 à L.227-12 du code de l'action sociale et des familles (Art. 13 de la loi n°2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel : JORF du 18 juillet 2001) ;
- Décret n°2002-883 du 3 mai 2002 relatif à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs
- Arrêté du 10 janvier 2003 relatif à la déclaration prévue à l'article 2 du décret n°2002-883 du 3 mai 2002 relatif à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs (JO du 19 janvier 2003 et BOEN du 30 janvier 2003) ;
- Articles L.2324-1 et suivants du Code de la santé publique ;
- Décret n°2002-884 du 3 mai 2002 relatif aux centres de vacances, de loisirs et de placement de vacances accueillant des enfants de moins de 6 ans ;

La présente instruction vise à donner des informations sur la mise en oeuvre de la nouvelle réglementation relative aux centres de vacances, de loisirs et aux placements de vacances, applicable à compter du 1er mai 2003.

Cette instruction présente :

- d'une part les conséquences à tirer des dispositions :
- des articles L.227-4 et L.227-5 du code de l'action sociale et des familles et de l'article 1^{er} du décret n°2002-883 du 3 mai 2002 relatif à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs,
- et de l'article L.2324-1 du code de la santé publique et du décret n°2002-884 du 3 mai 2002 pris en application qui concernent plus spécifiquement les accueils de mineurs de moins de 6 ans,
- d'autre part, jointes en annexe sous forme de fiches thématiques, la réglementation ainsi que certaines recommandations et leurs implications respectives sur le fonctionnement des accueils.

A cet égard, j'attire votre attention sur le fait que les recommandations n'ont pas de valeur réglementaire et que leur application ne peut être exigée des organisateurs. Elles sont toutefois susceptibles de servir de référence en cas de contentieux civil ou pénal.

I – Accueil de mineurs :

Les dispositions suivantes concernent les mineurs accueillis en centres de vacances, de loisirs et en placement de vacances. L'âge minimum des mineurs pouvant être accueillis est celui de la scolarisation.

Il convient de faire une application combinée des dispositions des articles L.227-4, L.227-5 du code de l'action sociale et des familles et de l'article 1^{er} du décret n°2002-883 du 3 mai 2002 relatif à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs.

Aux termes de l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles, « *la protection des mineurs accueillis à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs, et notamment en centre de vacances et en centre de loisirs sans hébergement, est confiée au représentant de l'Etat dans le département...* ». L'article L.227-5 dispose que « *les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 doivent préalablement en faire la déclaration auprès du représentant de l'Etat dans le département qui délivre un récépissé* ».

Il ressort de la loi que les accueils concernés sont ceux qui organisent des activités destinées aux mineurs dans un cadre de loisirs.

Seuls sont soumis aux obligations relatives aux qualifications et à l'hygiène et la sécurité les centres de vacances et les centres de loisirs sans hébergement définis à l'article 1^{er} du décret n°2002-883 du décret du 3 mai 2002.

La déclaration et la production du projet éducatif sont également obligatoires. Ne peuvent en être dispensés que les organisateurs d'accueils périscolaires.

Aucune déclaration relative à un accueil ne correspondant pas à la définition de l'article 1^{er} du décret n°2002-883 du 3 mai 2002 n'est à enregistrer.

A – Centres de loisirs sans hébergement :

Aux termes de l'article 1^{er} du décret ci-dessus mentionné, « *constituent un centre de loisirs les accueils collectifs d'au moins 8 mineurs sans hébergement, en dehors d'une famille, pendant 15 jours au moins au cours d'une même année. Le nombre des mineurs accueillis dans un même centre de loisirs ne peut être supérieur à 300.* ».

Par nature, les centres de loisirs se caractérisent donc par une continuité de fonctionnement, par un projet d'animation et par une fréquentation régulière des mineurs.

Pour le calcul des 15 jours mentionnés ci-dessus il convient de considérer que toute journée commencée équivaut à un jour d'ouverture.

Un certain nombre d'accueils, tout en réunissant ces conditions de seuils, n'entrent toutefois pas dans le champ d'application de la loi en raison de la nature même des activités qui sont proposées aux mineurs.

Il en est ainsi par exemple :

- des études surveillées qui se déroulent après le temps scolaire ;
- de la pause méridienne pendant la journée scolaire ;
- des périodes qui précèdent et suivent la classe lorsqu'il s'agit uniquement d'un temps de surveillance sans organisation d'activité ;
- de l'enseignement d'une discipline (ex. danse, musique, dessin, théâtre, activité physique ou sportive pratiquée en club, etc...) ;
- de la simple mise à disposition de locaux et de matériel pour des jeunes dès lors qu'il n'y a ni surveillance, ni animation ;
- des garderies du type de celles organisées par les centres commerciaux qui assurent une surveillance très occasionnelle de mineurs pendant un temps très court sans véritable activité d'animation.

B – Centres de vacances et placements de vacances:

Le décret n°2002-883 du 3 mai 2002 précise que « *constituent un centre de vacances les accueils collectifs de mineurs avec hébergement, autres que ceux visés à l'alinéa précédent (placements de vacances), pendant les périodes de vacances visées à l'article L.521-1 du code de l'éducation, dès lors que le nombre de mineurs accueillis est au moins égal à douze et que la durée de leur hébergement est supérieure à cinq nuits consécutives.* ».

Les placements de vacances correspondent à l'accueil dans des familles dès lors que la durée de cet accueil est au moins de 6 nuits consécutives et concerne au plus 11 mineurs par famille.

Les placements correspondent à deux cas de figure :

- soit la famille accueille directement les mineurs et fait elle-même la déclaration ; il s'agit de la situation « placement de vacances »,
- soit un organisme intermédiaire place les mineurs dans des familles. Cela correspond à la situation de « centre de placement de vacances » ; il revient à l'organisme de procéder à la déclaration.

II – Spécificité des accueils de mineurs de moins de 6 ans :

Les mineurs de moins de 6 ans relèvent des dispositions de l'article L.2324-1 du Code de la santé publique et du décret n°2002-884 du 3 mai 2002 relatif aux centres de vacances, de loisirs et de placement de vacances accueillant des enfants de moins de 6 ans ainsi que de celles des articles L.227-4 à L.227-12 du code de l'action sociale et des familles et des textes pris pour leur application.

Les centres sont donc soumis à la fois :

- au dépôt d'une demande préalable d'autorisation auprès du préfet du département pour leur ouverture,
- et au dépôt d'une déclaration préalable auprès de la même autorité pour l'organisation de l'accueil.

Les deux procédures ont des objectifs différents. La première, qui fait intervenir le responsable du service départemental de protection maternelle infantile, vise essentiellement à contrôler les conditions matérielles d'accueil des mineurs. La seconde a pour objet de vérifier notamment les conditions d'encadrement de l'accueil et sa qualité éducative. Cette dernière doit être renouvelée tous les ans pour les centres de loisirs et avant chaque séjour pour les centres de vacances.

Cependant dans l'attente de la parution de l'arrêté relatif à l'autorisation des centres accueillant des enfants de moins de 6 ans, il est conseillé de vous rapprocher des services de la PMI dans le but notamment de permettre la poursuite du fonctionnement des accueils déjà ouverts et connus de vos services et, pour les nouveaux accueils, de procéder de la même façon que pour les locaux accueillant des mineurs de 6 ans et plus.

III - Scoutisme :

L'arrêté du 23 avril 1998 étant dépourvu à plusieurs titres de fondement juridique, celui-ci sera abrogé, de même que les autres textes à compter du 1er mai 2003.

Après concertation avec les associations nationales du scoutisme français agréées, les précisions suivantes peuvent être apportées, qui permettent le fonctionnement des activités de ces associations. Les principes suivants ont été retenus :

- respect de la spécificité scoute en matière de qualifications incluses sur la liste de l'arrêté relatif aux titres et diplômes,
- prise en compte, à travers les recommandations présentées dans les fiches jointes, des modes de fonctionnement tels que ceux concernant la possibilité d'organiser de façon occasionnelle des activités en autonomie, d'organiser la restauration en camping, et d'héberger occasionnellement des mineurs dans des abris, (*fiches : Projet avec activité en autonomie, Camping, Locaux*),

IV - Logistique :

Le régime de déclaration des centres de vacances est étendu aux accueils CLSH. La procédure de déclaration est présentée dans la fiche jointe.

Des fiches CERFA pour l'ensemble des accueils vous seront transmises en nombre fin janvier.

Dans le même temps, le logiciel CLSH, en cours d'élaboration, sera installé dans les services fin février, début mars, sachant qu'une formation encadrée par les correspondants informatiques régionaux est prévue en février dans chaque région. Quant au logiciel actuel des centres de vacances, il fera uniquement l'objet dans un premier temps d'une adaptation.

Une instruction ultérieure vous sera transmise pour préciser d'une part les modalités d'utilisation des logiciels et d'autre part présenter la façon de gérer le fichier des nouveaux locaux de centres de vacances.

A terme, la possibilité de téléprocédure pour les déclarations sera mise en place.

Enfin, et de façon à assurer la phase de transition des déclarations de CLSH, l'habilitation des accueils en CLSH courant jusqu'à fin août vaudra déclaration sous réserve que les conditions d'encadrement répondent à la nouvelle réglementation. Les modalités pratiques de cette situation sont présentées dans la fiche « *déclaration* » au point III.

**POUR LE MINISTRE DE LA JEUNESSE, DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE
ET PAR DELEGATION
LA DIRECTRICE DE LA JEUNESSE ET DE L'ÉDUCATION POPULAIRE
HELENE MATHIEU**

Annexe 9

Protocoles de Soins Infirmiers de l'Eurojam 2014

Hygiène des mains

Règles générales :

- Valable pour toutes les techniques d'hygiène des mains
- Les ongles sont nettoyés, courts, sans vernis et sans faux ongles
- Les manches sont courtes sauf pour le Laboratoire
- Les mains et les poignets sont sans bijoux (**Alliance lisse incluse**)

LAVAGE SIMPLE

I. INDICATIONS :

- A la prise de poste et en le quittant
- Après tous gestes de la vie courante : repas, toilette...
- Si souillure visible des mains

II. MATERIEL ET PRODUIT :

- Savon liquide doux avec distributeur adapté valable 6 mois ; indiquer la date d'ouverture
- Essuie-mains à usage unique avec distributeur adapté
- Sac à déchets DAOM

III. TECHNIQUE : 30 secondes minimum

- Les mains et les avant-bras doivent être nus
- Maintenir les mains toujours au-dessus des coudes
- Mouiller les mains et les poignets du bout des doigts jusqu'aux poignets
- Appliquer une dose de savon (une pression)
- Masser toute la main, doigt par doigt, insister sur les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, pulpe des doigts, la paume des mains et terminer par les poignets sans revenir aux mains (une main lave l'autre)
- Rincer soigneusement et abondamment, du bout des doigts en terminant par les poignets (comme pour le lavage doigt par doigt)
- Sécher par tamponnements avec un essuie-mains à usage unique (2 à 3 essuie-mains successivement pour éliminer toute trace d'humidité) jusqu'à séchage complet
- Fermer le robinet avec le dernier essuie-mains utilisé si besoin
- Jeter l'essuie-mains dans le sac à déchets sans le toucher avec la main

IV. RECOMMANDATION :

Le port de gants n'exclut pas le lavage des mains

TRAITEMENT HYGIENIQUE DES MAINS PAR FRICTION

I. INDICATIONS :

- Immédiatement avant tout contact direct avec un patient
- Avant tout soin propre ou tout acte invasif
- Entre un soin contaminant et un soin propre ou un acte invasif chez un même patient
- Après le dernier contact direct ou soin auprès d'un patient
- Après tout contact avec des liquides biologiques
- Avant de mettre des gants pour un soin
- Immédiatement après avoir retiré des gants



II. PRODUIT :

- PHA (gel ou solution), noter la date à l'ouverture
 - 100 ml → 1 mois
 - 300 ml → 3 mois
 - 1 litre → 6 mois



Pompe verte 1 seule pression

Pompe blanche 2 pressions

III. CONDITIONS D'UTILISATION :

Les mains sont :

- Sèches
- Non souillées visuellement
- Non poudrées
- Non lésées
- Sans bijoux (pas d'alliance, pas de montre)

IV. TECHNIQUE : 30 secondes minimum et jusqu'à séchage complet du produit

- Mettre le produit pur dans le creux de la main (quantité suffisante pour effectuer une hygiène des mains de 30 secondes)
- Frictionner énergiquement en suivant les 7 étapes :
 1. paume contre paume
 2. paume de la main droite sur le dos de la main gauche et vice versa
 3. paume contre paume avec les doigts entrelacés
 4. **dos des doigts contre la paume opposée avec les doigts emboîtés**
 5. friction en rotation successive de chaque doigt de la main droite enchâssé dans la paume gauche et vice versa
 6. friction en rotation, en mouvement de va et vient, avec les doigts joints de la main droite dans la main gauche et vice versa
 7. friction des poignets
- reproduire ces étapes jusqu'au séchage complet

Nettoyage des surfaces

DEFINITION DES SURFACES

- Le terme de surfaces regroupe toutes les surfaces autres que le sol :
 - Surfaces verticales : murs, parois
 - Surfaces horizontales : plans de travail, mobilier, tout type de chariot, chaise de pesée, lève malade, chariot lit, brancard...


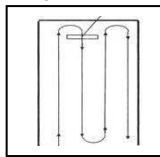
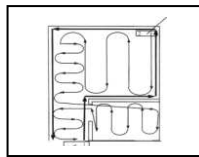
I. LES TECHNIQUES DE DEPOUSSIERAGE

- Essuyage humide des surfaces
- Balayage humide

II. LES TECHNIQUES DE LAVAGE DES SOLS

Lavage manuel

I. TECHNIQUES DE DEPOUSSIERAGE (1/2)

	Essuyage humide des surfaces	Balayage humide
DEFINITION	Opération qui consiste à enlever d'une surface autre que le sol des salissures en évitant de les remettre en suspension dans l'air	Opération de récupération des salissures non adhérentes sur les sols secs et lisses
OBJECTIF	Éliminer les souillures	Éliminer jusqu'à 90 % des poussières en limitant leur mise en suspension dans l'air Abaisser le niveau de contamination
MATERIEL	Articles d'essuyage <ul style="list-style-type: none"> - Chiffonnettes à usage unique à imprégner d'une solution détergente-désinfectante - Chiffonnettes ou lavettes réutilisables à imprégner de solution détergente-désinfectante - Lingettes pré-imprégnées de détergent désinfectant à usage unique 	<ul style="list-style-type: none"> - Balai - Serpillères à usage unique, pré-imprégnées ou non
TECHNIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Essuyer en un seul passage avec une chiffonnette pliée en quatre - Laisser sécher - Procéder du propre vers le sale et du haut vers le bas - Changer de "chiffonnette" entre chaque zone (entre chaque chambre ou chaque lit si plusieurs lits) <div style="text-align: center;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> - Éliminer au préalable les gros déchets solides ou liquides - Fixer la serpillère sur balai - Pratiquer un détournement préalable le long des plinthes dans la mesure du possible - Balayer "au poussé" pour les surfaces non encombrées ou les couloirs (voir schéma) - Balayer "à la godille" pour les surfaces encombrées ou réduites (voir schéma) - Ne jamais soulever le balai ni effectuer de marche arrière en cours d'utilisation - Changer impérativement de serpillère à chaque pièce et plus si nécessaire - Dégager la serpillère du balai sur le seuil du local sans le soulever - Enfermer les salissures en repliant la serpillère - Evacuer la serpillère à usage unique dans l'emballage Déchets Assimilés aux Ordures ménagères (DAOM) <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;">   </div>

II. TECHNIQUES DE LAVAGE DES SOLS – LAVAGE MANUEL

	Balai de lavage à plat
MATERIEL	Balai brosse Serpillère à usage unique
PRODUIT EQUIPEMENT COMPLEMENTAIRE SI NESSAIRE	- Détergent ou détergent désinfectant à programmer en alternance - 1 bac d'imprégnation
TECHNIQUE	chariot équipé d'un bac de trempage avec grille d'égouttage - Prévoir une serpillère par pièce - Tremper la serpillère dans le bac contenant la solution détergente désinfectante ou détergente - L'égoutter sur la grille Laver le sol en godillant Laver le sol en débutant par le tour de la pièce aller du fond vers la sortie en réalisant un mouvement représentant un huit Laisser sécher
ENTRETIEN DU MATERIEL	- Chaque jour - Nettoyer-désinfecter balai et sceau de lavage

Précautions standards

I. HYGIENE DES MAINS

- Avant et après le retrait des gants
- Entre deux patients
- Entre deux activités
- Entre deux soins sur un même patient
- A l'entrée et à la sortie de la chambre (tente), box
- A la prise de poste
- Juste avant le début du soin



II. PORT DE GANTS

IL N'EST PAS RECOMMANDE D'UTILISER DES GANTS POUR LES SOINS SUR PEAU SAINE

	SURBLOUSE	LUNETTES	MASQUES	GANTS
Soin sur peau saine (nursing ...)				
Soin mouillant (toilette ...)	+			
Soin sur peau lésée ou muqueuse (escarre ...)				+
Soin en contact avec liquide biologique (change ...)	+			+
Soin à risque de piqûre (prise de sang ...)				+
Soin avec risque d'aérosolisation (aspi ...)	+	+	+	+
Contact avec matériel souillé (line sale ...)				+

Gants à changer :

- entre deux soins
- entre deux patients
- entre deux activités

Port de gants lors de tout soin lorsque les mains du soignant présentent des lésions

III. MATERIEL SOUILLE

- **Matériel piquant/tranchant à usage unique** :
- Ne pas recapuchonner les aiguilles
- Ne pas les désadapter à la main
- Déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans le conteneur adapté, situé au plus près du soin dont le niveau maximal de remplissage est respecté



IV. SURFACES SOUILLEES

- Nettoyer et désinfecter (détergent désinfectant) les surfaces souillées



V. TRANSPORT

- Tout prélèvement biologique, linge ou matériel souillé par des liquides biologiques doit être évacué du service dans un emballage adapté, étanche et fermé
Sac plastique jaune DASRI

Précautions complémentaires

I. INTRODUCTION

La mise en place et la levée des précautions complémentaires relèvent d'une prescription médicale

II. INDICATIONS

II.1. Isolement septique

- 2 types de situation :
 - Lorsqu'un patient est atteint d'une infection naturellement contagieuse (ex : varicelle, gastro entérite d'origine infectieuse)
 - Lorsqu'un patient est porteur d'un agent infectieux multi-résistant aux antibiotiques et connu pour son risque de diffusion épidémique

III. ISOLEMENT SEPTIQUE

- Les précautions « standard » (cf procédure précautions standards) qui sont les précautions à adopter pour tout patient, quel que soit son statut infectieux
- Les précautions complémentaires qui complètent les précautions « standard » et qui sont définies en fonction du mode de transmission de l'agent infectieux : **Contact, Gouttelettes, Air**
- Les gants ne sont utilisés que pour contact ou risque de contact avec liquide biologique, peau lésée, muqueuse.

III.1. Précautions complémentaires « contact » (C)

III.1.1. Transmission

- Par contact direct (contact physique direct, par projection respiratoire)
- Par contact indirect (mains, instruments objets dans l'environnement immédiat du patient contaminés)
 - Exemple :
 - Colonisation ou infection par des BMR
 - Clostridium difficile
 - Herpès, zona
 - Maladies infectieuses infantiles (Rotavirus)

III.1.2. Principe

- Les précautions sont à prendre **obligatoirement** en cas de soins direct ou de contact avec des surfaces ou matériels pouvant être contaminés.
 - les enfants ou adultes seront isolés dans une des tentes dédiée aux patients porteur d'infection pour lesquels ces préconisations auront été formulées par une prescription médicale (une tente fille d'isolement, une tente garçon d'isolment)
 - Port d'un tablier plastique ou de surblouse
 - Hygiène des mains au PHA avant et après contact avec le patient ou son environnement
 - Port du masque chirurgical à proximité (2 mètres autour du patient) du patient lors des soins si symptômes respiratoires (Précautions standard R97 et R98 SF2H 2009).
 - En cas de symptômes respiratoires avérés, les enfants et adultes seront transférés et hospitalisés vers le centre hospitalier le plus proche (CH de l'Aigle)
 - Limiter les déplacements, si symptômes respiratoires mettre un masque chirurgical au patient lors des déplacements.

III.2. Précautions complémentaires « gouttelettes » (G)

III.2.1. Transmission

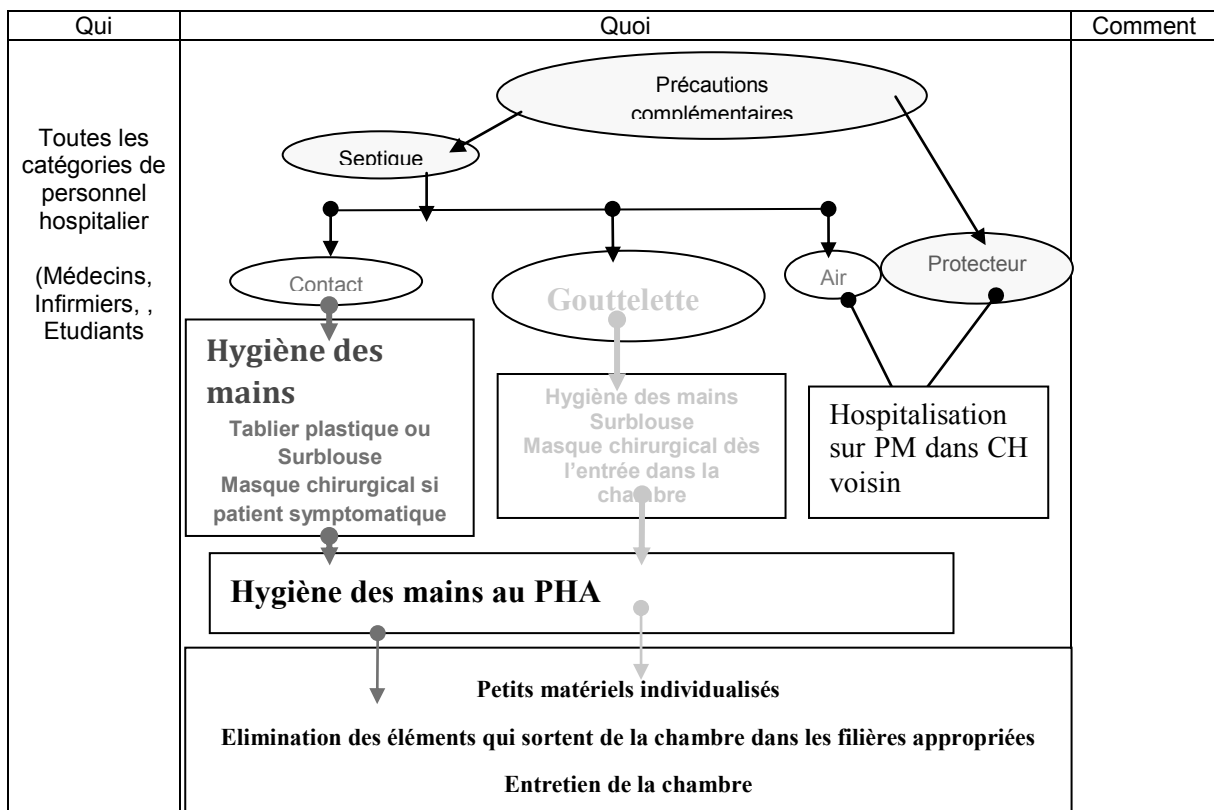
- Transmission par des gouttelettes
- Particules ayant un diamètre de > 5µm produites par le tractus respiratoire du patient lors de toux ou d'éternuements.
- Elles sont lourdes, ne restent pas longtemps en suspension et retombent à proximité

III.2.2 Micro-organismes à transmission gouttelettes

Adénovirus, infection respiratoire des nourrissons et jeunes enfants, Epiglottite, Pneumopathie de l'enfant, Diphtérie méningée, Grippe saisonnière, rubéole, coqueluche, méningite, scarlatine, oreillons, Angine, virus respiratoire Syncytial, bronchiolite, peste pulmonaire

III.2.3. Principe

- Chambre individuelle : tente réservée pour les isolements
- Les précautions sont à prendre **obligatoirement** dès l'entrée dans la tente
 - Surblouse à manches longues
 - Port du masque chirurgical perméable ou imperméable selon le soin pour le personnel
 - Le patient doit porter **obligatoirement** le masque « chirurgical » lorsqu'il sort de la chambre
 - Limiter les déplacements
 - Hygiène des mains au PHA
 -



En ce qui concerne les patients nécessitant des précautions complémentaires air ou protecteur, n'ayant pas les conditions d'hospitalisations requises pour assurer ces précautions, ils seront hospitalisés dans les hôpitaux proche.

Respect chaîne du froid des médicaments sur l'eurojam

I. OBJECTIF

Respecter la chaîne du froid entre 2° et 8°C pour tous les médicaments thermo-sensibles à usage personnel (sur PM) des scouts et guides sous traitement.

II. QUI

- L'IDE, IADE ou le pharmacien qui réceptionne les médicaments
- L'ensemble des IDE, IADE de chaque Unité : niveau II ou III.
- Le cadre de santé niveau III

III. QUOI

- Stockage des médicaments
- Relevé des températures des enceintes froides
- Traçabilité et archivage
- Entretien du réfrigérateur

IV. OU

Stockage : dans le réfrigérateur dédié uniquement aux médicaments dans les niveaux II et III

Feuille de relevé des températures : apposée au réfrigérateur

V. QUAND

Relevé des températures : quotidien

Entretien : mensuel

VI. COMMENT

- Ouvrir la porte du réfrigérateur le moins souvent et le moins longtemps possible
- Ne pas stocker de médicaments dans la porte du réfrigérateur, ni dans le bac à légumes
- Relevé des températures à l'aide du thermomètre placé au milieu du réfrigérateur
- Archivage par le cadre de santé durant la période de l'eurojam (1^{er} au 11 août)

VII. GESTION DES DYSFONCTIONNEMENTS

Si température < 2°C et/ou > 8°C :

- Transférer les médicaments dans un container notifié « ne pas utiliser » au niveau III.
- Prévenir le pharmacien responsable de l'eurojam dans tous les cas
- Déclarer l'incident : FEI

Signalisation des isolements

La mise en place des mesures d'isolement constitue le 1^{er} moyen de prévention de la transmission des micro-organismes responsables des infections communautaires et nosocomiales.

I. ELEMENTS DECLENCHEURS DE LA SIGNALISATION

- Sur prescription médicale écrite, datée, signée sur la feuille de prescription du dossier de soin lors de :
 - Infection naturellement contagieuse (ex : varicelle)
 - Germe non contagieux spontanément mais pouvant être disséminé dans l'environnement et transmis à un autre patient
 - Bactérie multi-résistante aux antibiotiques (B.M.R.), l'enfant ou adulte sera transféré dans l'hôpital le plus proche

II. QUAND SIGNALER ?

- Pendant l'hospitalisation dans l'hôpital de niveau III
- Avant tout transfert interne vers un centre hospitalier

III. OU SIGNALER ?

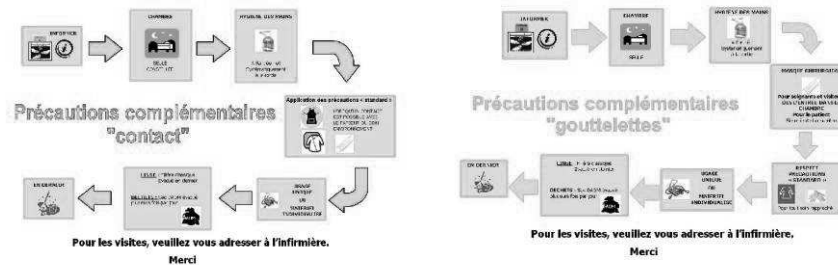
- A l'entrée de la tente, au lit du patient
- Planification murale
- Dossier de soins
- Demandes d'examens complémentaires
- Courrier de sortie
- Fiche de liaison paramédicale

IV. POUR QUI SIGNALER ?

- Les professionnels (IDE, AS, médecins), les visiteurs.
- Toute personne amenée à entrer dans la tente du patient en isolement

V. COMMENT SIGNALER ?

- Tente d'hospitalisation réservée aux isolements
 - Lit du patient : Affiche avec isolement correspondant au micro-organisme



- Dossier de soins
 - ◆ Apposer un sticker logo 3 mains + sticker précautions particulières A, C, G, sur la première page en haut à droite
- Fiche de liaison paramédicale
 - Apposer un sticker logo 3 mains + sticker précautions particulières A, C, G au niveau de la synthèse de l'hospitalisation

R APPELS : LA GASTRO-ENTÉRITE VIRALE – Prévention et traitement

1. Qu'est-ce qu'une gastro-entérite virale?

C'est une inflammation de l'estomac (gastro) et de l'intestin (entérite) causée par un virus.

2. Quels sont les symptômes observés lors d'une gastro-entérite virale?

La gastro-entérite a habituellement un début soudain. Les symptômes les plus souvent observés sont des nausées, des vomissements, de la diarrhée et des crampes au ventre. La fièvre, si elle est présente, est peu élevée. Parfois, des frissons, des maux de tête, des douleurs musculaires et de la fatigue peuvent être ressentis.

3. À quel moment les symptômes apparaissent-ils?

Les symptômes apparaissent habituellement de 24 à 48 heures après que la personne ait été en contact avec le virus.

4. Comment se transmet l'infection?

Le virus se transmet facilement de personne à personne. Les selles diarrhéiques et les vomissements d'une personne malade contiennent de très grande quantité de virus. Lors de vomissements, de fines gouttelettes projetées dans l'air peuvent se déposer sur des surfaces environnantes et les contaminer. Des aliments et des boissons peuvent être infectés directement par les mains mal lavées d'une personne malade ou indirectement par contact avec une surface contaminée. Une personne peut s'infecter de plusieurs façons :

- En ayant un contact direct avec une personne malade (ex. : prendre soin d'une personne malade, partager des aliments, des boissons ou des ustensiles avec elle).
- En touchant des surfaces ou des objets contaminés par le virus et en portant ensuite ses doigts à la bouche (ex. : surfaces, poignées ou robinets contaminés de la salle de toilettes).
- En mangeant des aliments ou en buvant des liquides contaminés par le virus (ex. : un manipulateur d'aliments malade qui contamine les aliments ou les boissons).

5. Pendant combien de temps les personnes malades peuvent-elles transmettre l'infection?

Les personnes infectées peuvent transmettre le virus dès le début des symptômes et jusqu'à au moins 48 heures après leur fin. Parfois, chez certaines personnes ayant été malades, des virus restent présents dans leurs selles jusqu'à deux semaines après l'arrêt des symptômes. Par conséquent, le lavage des mains est primordial, pendant toute cette période, pour toute personne qui fait une gastro-entérite, surtout après être allée aux toilettes, avant de préparer un repas et avant de manger.

6. Quels sont les traitements disponibles pour la gastro-entérite?

Aucun médicament ni vaccin n'existent actuellement pour traiter ou prévenir cette infection. Il est important que la personne malade prenne beaucoup de liquide* pour prévenir la déshydratation.

* Mélange de 360 ml de jus d'orange non sucré + 600 ml d'eau bouillie pendant 5 minutes + ½ c. à thé de sel.

7. Peut-on prévenir la gastro-entérite virale?

Il est possible de prévenir cette infection en appliquant les différentes mesures suivantes :

- Laver vos mains, avec de l'eau et du savon pendant au moins 15 secondes et bien assécher, surtout après être allé aux toilettes, après avoir changé une couche, pris soin d'une personne faisant une gastro-entérite ou nettoyé les espaces et les objets souillés, avant de préparer un repas ou de manger.
- Laver avec soin les fruits et les légumes.
- Si nécessaire, couvrir soigneusement les matières (selles diarrhéiques et vomissements) avec des serviettes de papier absorbant de façon à limiter la dispersion.
- Avant d'utiliser une solution désinfectante, les surfaces devront avoir été préalablement nettoyées à l'eau savonneuse car les selles diarrhéiques et les vomissements nuisent à l'action des produits désinfectants utilisés.
- Ensuite, désinfecter les surfaces contaminées en utilisant l'eau de Javel (solution composée d'une partie d'eau de Javel commerciale à 5 ou 6 % - regardez sur l'étiquette - pour 9 parties d'eau). Laisser la solution en contact pendant 10 minutes avec les surfaces à désinfecter (garder les surfaces humides).
- Retirer immédiatement et nettoyer, à l'eau chaude avec un détergent, les vêtements, les draps ou autres tissus souillés par une personne faisant une gastro-entérite; ne pas secouer la literie ou le linge souillé pour limiter la contamination dans l'environnement et dans l'air.
- Éliminer dans les toilettes les vomissements et les selles diarrhéiques et s'assurer que la zone environnante est toujours propre.

Les personnes infectées et, tout particulièrement, les manipulateurs d'aliments, ne devraient pas préparer d'aliments pendant qu'ils présentent des symptômes, et ce, pour au moins 48 heures après la fin des symptômes. Les aliments qui ont pu être contaminés par une personne malade doivent être jetés. Il est très important de respecter le lavage des mains en tout temps et, notamment, dans les semaines qui suivent une gastro-entérite.

➤ **Critères d'hospitalisation (hôpital local) pour tous les jeunes consultants pour des signes digestifs**

1. Symptômes d'installation BRUTAUX avec crampes abdominales
2. TEMPERATURE (>à 37°5)
3. Signes de DESHYDRATATION (soif importante ; bouche sèche ; yeux cernés)
4. Constatation de COMPLICATIONS
 - a. SANG dans les selles
 - b. FORTE DOULEUR ABDO
 - c. TEMPERATURE > 38°5
 - d. Diarrhées profuses et/ou vomissements répétés

➤ **Critères pour la sortie de surveillance hospitalière**

1. Reprise d'une alimentation
2. Disparition des symptômes depuis 12h
3. Apyrexie

Retour dans le sous camp avec poursuite des mesures d'hygiène locale jusqu'à la 48^{ème} heure après le début des symptômes.

Annexe 10



Liste des Médicaments disponibles à l'Eurojam 2014

	Niveaux II		Niveau III	
	3 sur l'Eurojam	1 sur zone logistique	Hôpital	sac d'urgence et d'intervention
Solutés pour perfusion				
NaCl 0,9 % 500 ml	3	1	30	1
NaCl 0,9 % 100 ml	6	2	50	2
Glu 5% 500 ml	3	1	10	1
HEA (Voluven) 500 ml	3	1	5	1
Antiseptiques cutanés et associés				
Bétadine scrub 125 ml			40	
Bétadine dermique 125 ml	66	11	60	
Bétadine alcoolique 125 ml			2	2
Bétadine 10% gel 100 g en tube	4	1	10	
Vaseline officinale 45 g	4	1	10	
Eau stérile: flacon de 500			100	
Hibiscrub 4° 125 ml			22	
Chlorexidine aqueuse 125 ml	33	11	22	1
Eau oxygénée 125 ml	66	11	33	
Eosine en phase aqueuse 125 ml	33	11	33	
Disolvant colle pansement 125 ml	44	6	48	
Bétadine gynécologique 125 ml			2	
Alcool à 70° flacon de 125 ml	12	3	12	1
Médicaments de l'urgence				
Insuline rapide			2	
Glucagon	3		2	
Glu 30% 10 ml IV	6	2	50	2
Natisspray (0,15 mg/dose) trinitrine	3	1	1	1
Epinéphrine 1 mg/ml IV			10	5
Anapen 0,3 mg/ 0,3 ml S/C profond	3	1	5	1
Lasilix 20 IV			20	2
Atropine 0,25 mg/ ml IV			20	6
Ventoline spray (100 µg/dose)	6	1	26	1
Bricanyl 5 mg / 2ml pour nébulisateur (aérosol)			28	2
Atrovent 0,25 mg / 2 ml (aérosol)			28	2
Solumédrol 40 mg IV			20	2
Solumédrol 120 mg IV			20	2
Isuprel (agoniste béta) 0,2 mg/ml IV			6	6
Hypnomidate 20 mg/10 ml IV			2	2
Célocurine 100 mg/ 2ml IV			2	2
NaCl 0,9 % 10 ml IV			100	4
Hypnovel 50 mg/ 10 ml IV			8	2
Valium 10 mg / 2 ml IV ou IR			10	2

Antalgiques				
Paracétamol 500 mg Comprimés	600	50	600	
Paracétamol 1 g IV	3	1	50	2
Ibuprofène 200 mg Comprimés	400	50	500	
Profénid 100 mg / 2 ml IM			8	2
Profénid 100 mg IV			20	2
Triptan spray nasal IMIGRANE			20	
Xylocaïne 1% IV flacons de 20 ml			55	
Apaisyl gel 0,75 % tube de 30 g	66	4	11	
Niflugel 2,5 % tube de 60 g	66	4	22	
Antispasmodiques				
Spasfon Comprimés	200	20	100	
Spasfon 40 mg / 4 ml IV-IM			20	4
Fonction respiratoire				
Bécotide spray inhalatoire 250 µg			4	1
Solupred 5 mg Comprimés			40	
Solupred 20 mg Comprimés			20	
Anxyolytiques				
Prazepam 10 mg sub lingual ou cp			50	
Anti infectieux				
Ceftriaxone IM 1g			20	
Amoxicilline 500 mg Comprimés			100	
Zeclar (macrolide) 250 Comprimés			50	
Monuril 3 g Gélules			30	
Optomologie				
Collyre Oxybuprocaine (novesine)			100	
ORL				
HEC crème			10	
Otipax gouttes			20	
Digestif				
Normacol lavement			200	
Primpéran 10 mg / 2 ml IV IM			20	2
Vogalen Lyoc 7,5 mg Comprimés	30	5	30	
Smecta poudre	240	20	120	
Lopéramide (Imodium) Comprimés			400	
Débridat 200 mg Comprimés	240	20	120	
Macrogol 10 g (Laxatif)	240	20	120	
Réactions anaphylactoïdes				
Polaramine 2 mg Comprimés			120	
Brûlures				
Biafine émulsion 150 ml (186 g)	66	5	100	
Flammazine 1% crème, 50 g			4	

Annexe 11

Fiche de prise en charge médicale à l'Eurojam

	FICHE PRISE EN CHARGE MEDICALE	Niveau III													
			Encodage												
IDENTITE DE LA PERSONNE			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
NOM:	Prénom:	Age:	Sexe:												
Pays:	Unité:	Langues (parlées et comprises):													
DOSSIER MEDICAL ET ADMINISTRATIF															
Présence du passeport santé: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si non, est-il demandé? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>															
Si oui, à qui: _____															
RENSEIGNEMENTS SUR LA PRISE EN CHARGE															
NOM du médecin: _____															
Date de l'intervention: _____		Heure de la prise en charge: _____													
Motif de la demande de consultation médicale:		<table border="1"><tr><td colspan="2">Constantes à l'entrée au niveau III:</td></tr><tr><td>Température: _____</td><td>°C</td></tr><tr><td>Pouls: _____</td><td>bat/min</td></tr><tr><td>PAS/PAD: _____</td><td>mmHg</td></tr><tr><td>Glycémie capillaire: _____</td><td>g/ml (Si nécessaire)</td></tr><tr><td>EVA: _____</td><td>/ 10 (Si nécessaire)</td></tr></table>		Constantes à l'entrée au niveau III:		Température: _____	°C	Pouls: _____	bat/min	PAS/PAD: _____	mmHg	Glycémie capillaire: _____	g/ml (Si nécessaire)	EVA: _____	/ 10 (Si nécessaire)
Constantes à l'entrée au niveau III:															
Température: _____	°C														
Pouls: _____	bat/min														
PAS/PAD: _____	mmHg														
Glycémie capillaire: _____	g/ml (Si nécessaire)														
EVA: _____	/ 10 (Si nécessaire)														
BILAN MEDICAL															

DIAGNOSTIC MEDICAL

GESTES, ACTIONS et PRESCRIPTIONS EFFECTUES

Description:

SUITES DONNEES

Externe:

Hospitalisation en établissement de soins (niveau IV)

Accès plateau technique niveau IV , quelle spécialité: _____

Urgent: OUI NON

Heure d'appel du médecin régulateur SAMU 61: ___H___

Transport: Interne à l'Eurojam: 9 places assises ambulance ADPC 51

Externe: mandaté par le SAMU: SMUR VSAV Ambulance privée Hélicoptère

Heure d'arrivée au camp du moyen de transport: ___H___ Heure de départ du camp: ___H___

Interne:

Hospitalisation niveau III

Suivi⁽²⁾: ce jour , J1 , J2 au: niveau II niveau III par: médecin infirmier

Consignes à l'Assistant Sanitaire: oui non Lesquelles:

(1) Cette fiche doit suivre le blessé ou le malade pour toutes sorties hors du camp.

(2) Un dossier de suivi est à constituer. Cette fiche y sera jointe.

Annexe 12

Codage des données analysées sur les fiches de consultation médicale

Motifs de consultation

1. TRAUMATISME	
crâne / rachis cervical	11
œil	12
face (sauf œil et dents)	13
membre supérieur	14
membre inférieur	15
thorax et abdomen	16
dorsal et lombaire	17
dents	18
polytraumatisme	19
2. CARDIO-RESPIRATOIRE	
malaise	21
palpitations	22
dyspnée	23
toux	24
douleur thoracique	25
3. NEUROLOGIQUE et PSYCHOLOGIQUE	
convulsions	31
trouble de la conscience	32
vertiges	33
trouble neurologique focal	34
céphalées	35
tremblements	36
rachialgie	37
anxiété et angoisse	39
4. DIGESTIF	
douleur abdominale	41
diarrhée	42
vomissements	43
nausées	44
constipation	45
douleur anale	46
rectorragies	47
5. DERMATOLOGIQUE	
éruption cutanée	51
piqûre d'insecte	52
œdème facial	53
œdème d'un membre	54
morsure de tique	55
ongle incarné	56
corps étranger intradermique	57
prurit	58

lésion cutanée sans précision	59
6. ORL et OPHTALMOLOGIQUE	
odynophagie	61
adénopathie cervicale	62
rhinorrhée	63
otalgie	64
œil rouge	65
douleur dentaire	66
trismus	67
problème dentaire sans précision	68
7. URINAIRE et GENITAL	
pollakiurie	71
brûlure mictionnelle	72
protéinurie à la BU	73
douleur testiculaire	74
8. BRULURES	
membre supérieur	81
membre inférieur	82
visage	83
9. AUTRES	
suivi d'un pansement	91
fièvre isolée	92
syndrome grippal	93
asthénie	94

Diagnostics

1. TRAUMATOLOGIE	
plaie superficielle	11
plaie profonde	12
hématome	13
contusion	14
entorse	15
fracture (suspicion de)	16
luxation (suspicion de)	17
hémarthrose (suspicion de)	18
tendinite, élongation	19
2. CARDIO-RESPIRATOIRE	
bronchite	21
angine de poitrine (suspicion de)	22
malaise vagal	23
inhalation de fumée	24
crise d'asthme	25
3. NEUROLOGIE, PSYCHOLOGIE, RHUMATOLOGIE	
perte de connaissance, désorientation	31
diplopie	32
crise de spasmophilie, stress aigu	33
migraine	34
crise d'épilepsie	35

méningite (suspicion de)	36
lumbago	37
torticolis	38
insolation	39
4. DIGESTIF	
gastro-entérite	41
appendicite	42
diarrhée persistante	43
constipation	44
gastrite et ulcère (suspicion)	45
crise hémorroïdaire	46
indigestion, toxi-infection alimentaire	47
5. DERMATOLOGIE	
urticaire	51
infection cutanée bactérienne ou virale	52
inflammation cutanée locale	53
mycose	54
morsure de tique non compliquée	55
ongle incarné	56
corps étranger intra-dermique	57
eczéma et sécheresse cutanée	58
irritation cutanée, ampoule	59
6. ORL, STOMATOLOGIE et OPHTALMOLOGIE	
angine	61
cellulite, abcès, phlegmon	62
rhinite	63
infection dentaire non compliquée	64
conjonctivite	65
pharyngite	66
otite moyenne aiguë	67
otite externe	68
problème dentaire sans précision	69
7. URINAIRE et GENITAL	
cystite simple	71
règles douloureuses	72
vulvite	73
suspicion de torsion de testicule	74
syndrome néphrotique (décompensation)	75
8. BRÛLURES	
brûlure de 1 ^{er} degré	81
brûlure de 2 ^{ème} degré	82
brûlure de 3 ^{ème} degré	83
9. AUTRES	
découverte de diabète	91
syndrome viral sans précision	92
déshydratation	93
asthénie profonde	94
alcoolisation aiguë	95

œdème de Quincke, réaction allergique généralisée	96
hypothermie	97

Soins

1. PERFUSION	
voie d'abord veineuse	11
réhydratation intra-veineuse	12
2. THERAPEUTIQUE	
collyre anesthésiant	21
Spray de VENTOLINE	22
Aérosols VENTOLINE + ATROVENT	23
3. SOINS LOCAUX	
glaçage	31
pansement simple	32
extraction de tique	33
incision au bistouri (panaris, ongle incarné, phlegmon...)	34
extraction d'un corps étranger	35
asepsie simple sans pansement	36
4. SUTURE	
suture	41
pose de steri-strip	42
ablation de fils de suture	43
5. IMMOBILISATION	
strapping	51
syndactylie	52
pose d'attelle	53
écharpe coude au corps	54
collier cervical	55

Orientation des patients

Retour au camp sans suivi	1
Surveillance au niveau III < 12h	2
Suivi à prévoir au niveau II (infirmière)	3
Suivi à prévoir au niveau III (médecin)	4
A revoir par l'ophtalmologue	5
Consultation en urgence d'un dentiste	6
Consultation à prévoir à distance par spécialiste	7
Hospitalisation au niveau III	8
Transfert au niveau IV	9

Prescriptions

1. ANTALGIQUES/ANTIPYRETIQUES	
paracetamol	11
AINS oraux	13
AINS pommade	14
2. ANTI-DIARRHEIQUES	
diosmectite	22
racécadotril	23

lopéramide	24
nifuroxazide	25
3. ANTI-EMETIQUES	
domperidone	31
métopimazide	32
4. AUTRES MEDICAMENTS A VISEE DIGESTIVE	
phloroglucinol	41
trimébutine	42
polysylane	43
IPP	44
TRANSIPEG	45
DUPHALAC	46
crème anti-hémorroïdes	49
5. ANTI ALLERGISANTS	
corticoïdes oraux	51
antihistaminiques	52
crème hydratante	53
crème antihistaminique	54
corticoïdes injectables	55
crème corticoïde	56
6. ANTIBIOTIQUES	
fosfomycine	61
macrolides	62
amoxicilline	63
amoxicilline + acide clavulanique	64
céphalosporines orales	65
pristinamycine	66
fluoroquinolones	67
metronidazole	68
7. AUTRES (voie orale)	
benzodiazépines	71
antiépileptiques (autres que BZD)	72
magnéB6	73
Spray salbutamol	76
Spray salbutamol + corticoïdes	77
8. AUTRES (collyres, pommades...)	
antimycotiques	81
collyre antibiotique	82
collyre antiseptique	83
collyre antibiotique + corticoïde	84
bains de bouche antiseptique	85
sirop antitussif	86
antibiotique auriculaire	87
aciclovir crème	88
9. AUTRES (injectables)	
vaccination anti-tétanique	91

Lexique « scout »

- **Assistant Sanitaire** : chef Scout dont la mission particulière est de veiller à la bonne santé des jeunes
- **Eclaireur** : synonyme de Scout (traduction française)
- **Eurojam** : rassemblement international de l'Union Internationale des Guides et Scouts d'Europe
- **Guide ou Eclaireuse** : personne féminine pratiquant le scoutisme
- **Guides et Scouts d'Europe** : mouvement chrétien, deuxième association scout française en termes d'effectifs. Il existe de nombreuses autres associations.
- **Jamboree** : rassemblement scout (pouvant être provincial, national, mondial...)

Résumé

Comme d'autres mouvements d'accueil de mineurs, les associations scoutistes organisent des camps d'été pour les jeunes. La qualité de l'accompagnement médical est un déterminant essentiel de leur réussite. Les médecins bénévoles dans ces camps ont besoin de connaître avec précision les pathologies qu'ils vont rencontrer sur place, dans un milieu qui n'est habituel ni pour eux ni pour les jeunes.

L'*Eurojam* 2014, rassemblement international des *Guides et Scouts d'Europe* en Basse-Normandie, est un évènement unique en France de part le nombre de jeunes présents (12 000) mais surtout de part sa durée (dix jours). Le dispositif médical mis en place à cette occasion est exceptionnel.

Notre étude décrit de manière rétrospective le travail effectué par les médecins, puis les compare aux résultats d'études précédentes. Les huit médecins présents chaque jour ont assuré 1055 consultations, soit plus du double de ce qui avait été prévu. Les traumatismes apparaissent comme le premier motif de recours aux soins, suivi des pathologies infectieuses notamment digestives. Les tiques et les insolations sont fréquentes et peuvent donner lieu à des complications. Les difficultés psychologiques ne sont pas rares. Une centaine de malades a dû être transférée au Centre Hospitalier le plus proche.

Nos résultats permettent de mieux prédire les besoins en soins des futurs rassemblements. La prévention et l'éducation des jeunes à la santé doivent être le principal souci des organisateurs.

Mots-Clés

- Scoutisme
- Camps de jeunes
- Environnement à risque
- Dispositif sanitaire
- Médecin généraliste bénévole
- Recours aux soins
- Prise en charge
- Education à la santé
- Prévention