

Une nouvelle réalisation : les assortiments de matériel médical pour missions à l'étranger

Autor(en): [s.n.]

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse**

Band (Jahr): **86 (1977)**

Heft 7

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-684120>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Dans la période de 1961 à 1970, plus de 3000 prisonniers d'opinion qui avaient été adoptés par Amnesty International ont retrouvé la liberté. Après 1970, et au fur et à mesure que l'organisation se développait, le chiffre des prisonniers adoptés et celui des libérations s'est considérablement accru.

Le mouvement adopte, c'est-à-dire travaille pour la libération de prisonniers qui n'ont pas eu recours à la violence. Il réclame pour tous des procès justes, un traitement humain, s'oppose à la torture et à la peine de mort dans tous les cas.

Cette année, environ 5000 prisonniers

d'opinion sont pris en charge par l'organisation et ses membres.

L'année 1977 ayant été déclarée Année du prisonnier d'opinion, et le sujet de la torture restant un sujet brûlant de l'actualité, nous reviendrons au mouvement Amnesty International dans un prochain numéro.

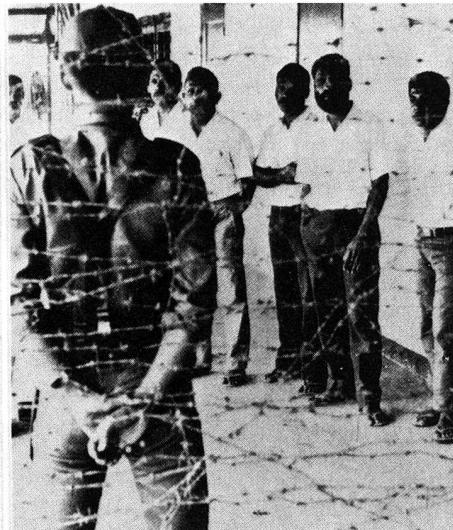


Photo de gauche: Vera Silva Araujo Magalhaes avait 24 ans en mars 1970 lorsqu'elle fut arrêtée par la police militaire à Rio (Brésil), pour avoir distribué des feuilles volantes. Elle fut soumise à d'atroces tortures tant physiques que psychiques: électrochocs, introduction ininterrompue d'eau dans le nez et la bouche, coups et autres. Libérée trois mois après son arrestation, elle est restée paralysée des deux jambes. Photo de droite: les barbelés - symboles de la servitude et de l'esclavage modernes. Ce camp punitif pour prisonniers politiques, situé sur la côte septentrionale de la Nouvelle-Guinée (Indonésie), n'a pas d'existence officielle.

Photos Amnesty International

Une nouvelle réalisation:

les assortiments de matériel médical pour missions à l'étranger

Le docteur W. Brupbacher, de Zurich, membre du Conseil de direction depuis 1976, a participé à plusieurs missions internationales de la Croix-Rouge suisse, en tant que chef d'équipe médicale.

Il était donc particulièrement qualifié pour participer aux travaux que la Croix-Rouge suisse a effectués en collaboration avec le CICR, en vue de mettre au point des

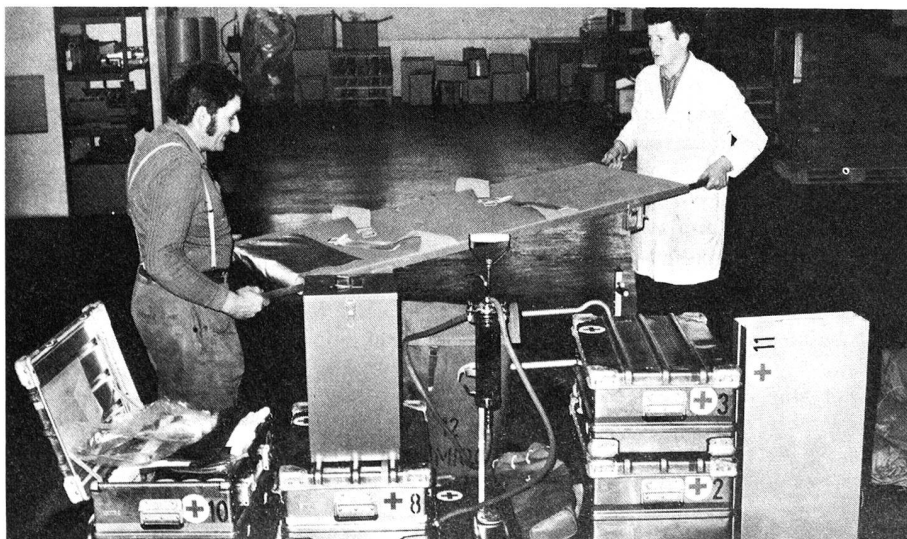
assortiments de matériel médical pour missions à l'étranger dont il est question ci-dessous.

La rédaction

C'est à la fin de 1974 que la Centrale du matériel de la Croix-Rouge suisse, à Berne, suggéra la création d'assortiments de matériel médical, afin que les équipes

médicales, partant pour l'étranger, puissent rapidement être équipées d'un matériel standardisé et efficace. A cet effet, une commission d'assortiments de matériel médical fut créée, groupant d'anciens chefs de mission, des infirmiers et des infirmières.

Si l'on parle d'«assortiments» de matériel médical, c'est parce que, selon la combinaison et la quantité des éléments, ces derniers peuvent être composés de manière à répondre au type et à l'importance de l'équipe, ainsi qu'au pays où celle-ci interviendra. Auparavant, le chef de l'équipe devait à chaque départ assembler le matériel nécessaire en dernière minute, avec l'aide de la Centrale du matériel. Une conception uniforme faisait défaut et on s'inspirait uniquement de listes de matériel composées à l'intention de missions précédentes, dont la nature n'était pas forcément identique. Il est clair que ce système empêchait l'équipe d'intervenir immédiatement en cas de catastrophe, car après l'établissement des listes, il fallait encore que le matériel fût disponible, emballé et prêt à l'expédition. De plus, le chef de l'équipe se trouvait encore devant un grand





nombre de tâches et de préparatifs avant le départ, sans oublier la continuation de ses activités ordinaires à l'hôpital ou dans son cabinet de médecin jusqu'au jour de son remplacement par un confrère. Cette accumulation de travail et le manque de temps expliquent pourquoi on oublait parfois des instruments, des médicaments et des pièces de rechange indispensables alors que, souvent, on emportait du matériel coûteux mais peu utile par ignorance des données et des possibilités dans les pays du tiers monde.

Se trouve-t-il un seul médecin de la Croix-Rouge qui n'ait hoché la tête en apercevant, dans quelque coin poussiéreux d'un hôpital, des appareils coûteux mais inutilisables dans une situation de guerre ou de catastrophe ou faute de courant électrique?

Lors de l'élaboration des assortiments de matériel, on a par conséquent observé les principes suivants:

1. Le matériel doit se limiter au strict minimum.
2. Il doit cependant comprendre tous les articles indispensables.
3. Il doit être adapté aux besoins et aux habitudes du tiers monde, aux besoins de la médecine de guerre et de catastrophe.
4. Il doit répondre à chaque type d'intervention, afin de réduire les frais au maximum.
5. Il faut éviter des investissements inconsidérés.
6. Il faut aussi éviter la médecine de pointe «occidentale» et coûteuse.
7. Le matériel doit pouvoir être disponible et prêt dans un minimum de temps, même en l'absence de personnel médical professionnel.

Afin de pouvoir judicieusement composer les assortiments de matériel, il fallait au préalable créer une conception d'intervention qui fixe les différents types d'intervention et leurs effectifs en personnel. Les assortiments devaient être conçus de manière à suffire à la fois aux exigences modestes d'une équipe mobile se déplaçant à pied – du genre de celle qui est intervenue dans les régions montagneuses du Laos – et à l'équipement volumineux et compliqué d'un hôpital chirurgical de campagne (Yémen, Biafra, Liban).

Citons ici les trois types d'interventions les plus fréquents:

– **L'équipe motorisée mobile**, composée d'un médecin, d'une ou deux infirmières, d'un chauffeur-mécanicien sur auto, d'un ou deux traducteurs et aides indigènes, et disposant d'un ou deux véhicules tout-terrain, tels que la Land-Rover à dix places. L'intervention d'une telle équipe n'est justifiée que si elle peut opérer depuis une base et évacuer les personnes gravement blessées ou malades dans un hôpital.

– **L'équipe médicale polyvalente, stationnaire ou mobile**, dirigée par un médecin généraliste ayant de bonnes connaissances en chirurgie, et composée de deux ou trois infirmières ou infirmiers, d'un chauffeur-mécanicien sur auto et de personnel auxiliaire indigène. Une telle équipe opérera surtout dans des régions éloignées ou isolées, dans lesquelles les possibilités de traitement sur place sont insuffisantes et où il est impossible d'évacuer les patients dans des hôpitaux. A côté d'une médecine curative simple, elle doit pouvoir effectuer des interventions chirurgicales d'urgence.

– **La petite équipe chirurgicale**, composée d'un chirurgien-chef, d'un assistant, d'une infirmière anesthésiste, d'une infirmière de salle d'opération et d'une infirmière en soins généraux; elle comprend éventuellement aussi un administrateur, une laborantine, une assistante en radiologie et un mécanicien, en sus du personnel auxiliaire indigène. Une telle équipe effectuera des traitements chirurgicaux en faveur notamment de populations victimes de guerres et de catastrophes naturelles. Bien sûr, on prévoit également l'intervention d'équipes spéciales, telles que les équipes pédiatriques, d'hygiène et de vaccination. Toutefois, ces dernières n'interviennent que rarement et, le plus souvent, seulement dans le cadre de projets à long terme.

Les assortiments de matériel doivent non seulement tenir compte du type de l'équipe mais encore des données locales telles que l'existence ou non de personnel et de matériel médicaux ou, en cas d'installations sanitaires existantes, des effectifs suffisants de personnel et de matériel. Toutes ces considérations ont mené à la création d'assortiments de matériel médical qui comportent vingt-cinq éléments distincts, se répartissant à leur tour en divers compartiments. Il peut s'agir d'instruments chirurgicaux, de matériel pour le changement de pansements, de matériel de pansement, de matériel destiné à suturer, de matériel de réanimation et d'anesthésie, de médicaments, etc. Sont aussi prévus le matériel nécessaire à l'hébergement des patients et de l'équipe, des ustensiles de cuisine, des vivres et du matériel de bureau. Un schéma simple permet de déterminer le genre et le nombre d'éléments individuels devant être expédiés selon le type de l'intervention.

Afin de permettre une intervention immédiate après l'arrivée de la mission dans une région de catastrophe, les éléments les plus simples sont conçus de façon que tous les instruments et matériel prévus pour des traitements ambulatoires de deux à trois jours puissent être rangés dans des coffres pratiques en métal léger, posés au fond d'une Land-Rover. Ainsi, il ne sera plus nécessaire d'ouvrir, comme auparavant, d'innombrables caisses avant de dé-

couvrir finalement le matériel qu'exige le traitement d'une simple plaie. Cela est d'autant plus important que, en règle générale, le transport sur terre des caisses de matériel entre l'aéroport et le lieu de destination de la mission peut durer quelques jours, pendant lesquels l'équipe ne peut, chemin faisant, porter les secours nécessaires faute d'instruments.

A l'heure actuelle, les éléments ont quasiment tous été élaborés. Les listes définitives seront bientôt prêtes. Elles comporteront également les adresses des fournisseurs, ce qui permettra d'obtenir et de préparer le matériel nécessaire en l'espace de deux à quatre jours.

Il n'a pas encore été décidé s'il convenait d'acheter à l'avance et d'entreposer les éléments utilisés le plus fréquemment. Pour le moment, les ressources financières nécessaires à cet effet font défaut, ces dernières arrivant en règle générale seulement au moment de la catastrophe. Toujours est-il que l'on assiste à une collaboration réjouissante entre les trois organismes s'occupant en Suisse de secours en cas de catastrophe, à savoir le Comité international de la Croix-Rouge, le Corps suisse pour l'aide en cas de catastrophe à l'étranger et la Croix-Rouge suisse. Lors d'une phase ultérieure, il est prévu d'adapter les assortiments de matériel médical aux besoins spécifiques des trois organisations citées et de créer un entrepôt commun d'où chacune d'entre elles pourrait obtenir le matériel nécessaire. Cet entrepôt commun présenterait l'avantage d'être plus rentable, d'éviter le vieillissement du matériel par une utilisation plus fréquente et de faciliter son entretien en général.

Un dernier mot en ce qui concerne les médicaments. Chacun sait qu'il existe dans le monde entier des milliers de spécialités dont les substances sont identiques; seuls l'emballage et la couleur des comprimés

varient d'une maison de production à une autre. Dans ce domaine également, une standardisation s'imposait. On ne saurait en effet plus tolérer que l'assortiment des médicaments change au même rythme que les équipes, par le seul fait que le nouveau chef de mission ne connaît pas les marques des produits en stock. De tels changements confondent inutilement le personnel indigène. C'est pourquoi les appellations des marques déposées ont été remplacées par les noms dits génériques, c'est-à-dire par les appellations internationalement reconnues des substances présentes dans un médicament. La liste comprend quelque cent médicaments à même de guérir presque toutes les maladies existantes sauf quelques affections très rares.

Lors de la sélection des médicaments, nous avons surtout tenu compte des besoins du tiers monde, car c'est là que nos équipes interviennent le plus souvent. Pendant nos interventions, nous évitons à tout prix de susciter auprès de la population de nouveaux besoins qui après le départ des équipes, ne sauraient plus être satisfaits par les services sanitaires du pays concerné.

Aux spécialités exclusives et coûteuses, nous avons préféré des produits simples mais efficaces. Dans la mesure du possible, nos listes ont été ajustées aux listes déjà existantes, mais partiellement incomplètes, de la Ligue, de l'UNICEF et du CICR, ainsi qu'aux directives de l'OMS.

En ce qui concerne les livraisons de matériel, seul celui qui est prévu dans les assortiments sera dorénavant mis à la disposition des missions. Il a, en effet, été qualifié d'utile et de suffisant par la Commission d'assortiments de matériel médical et par un grand nombre d'experts consultés. Sauf exception, et sur la base uniquement d'une justification de la part du chef de l'équipe, il ne sera plus donné suite à des exigences spéciales. ■

Photos CRS/M. Hofer

