

TREMBLEMENT DE TERRE AU GUATEMALA

La République du Guatemala, délimitée au nord-ouest par la République du Mexique et au sud-est par les Républiques d'El Salvador et du Honduras, se trouve au début de l'isthme de l'Amérique centrale, qui va jusqu'à la République de Panama; elle couvre 131 850 km², pour une population de 6 000 000 d'habitants.

De relief accidenté sur les deux-tiers de sa superficie, du fait que la cordillère des Andes le coupe transversalement, le pays a de hautes montagnes, des gorges profondes, des hauts plateaux, des vallées et de larges plaines. Sur le seul territoire guatémaltèque, la cordillère des Andes compte 21 volcans, dont 3 en constante activité.

Le 4 février 1976 à 3 heures, 3 minutes, 33 secondes, le tiers du territoire a été touché par une secousse sismique destructrice, qui fut suivie de 1 500 autres les mois suivants. Au début on pensa que la secousse était due à l'activité volcanique, mais par la suite il a été démontré qu'une faille géologique de la région du rio Matagua avait produit un tremblement tectonique, qui a duré 30 secondes, a atteint une magnitude de 7,5 sur l'échelle de Richter et a libéré une énergie 30 fois supérieure à celle du tremblement de terre qui a détruit Managua en 1972.

La catastrophe, qui s'est abattue sur trois aires géographiques distinctes: le haut plateau occidental, la région centrale et le nord-est, a touché une vaste région montagneuse, ce qui a aggravé la situation, car une série de glissements de terrain ont isolé des villages et des bourgs ayant subi de terribles destructions et les services publics ont été totalement et immédiatement interrompus dans les régions sinistrées. Plus de 254 000 maisons ont été détruites, laissant sans abri plus d'un million de personnes, dont la majorité appartenait aux secteurs les plus pauvres de la population. Des dommages graves ont été causés aux écoles, collèges, hôpitaux, dispensaires et autres édifices publics et les éboulements et glissements de terrain ont coupé les routes et les voies ferrées, formé des barrages de retenue et détérioré les systèmes de communication.

L'heure à laquelle s'est produite la catastrophe et le type de construction (murs en briques crues et toits en tuiles sur de vieilles charpentes en bois) ont été responsables de la morbidité constatée; on a enregistré au total 24 340 morts et 98 563 blessés, ce qui fait un rapport de 3 blessés pour 1 mort (rapport de morbidité de 3,4).

En dépit de l'ampleur du désastre et des circonstances évoquées plus haut, qui ont rendu difficile l'accès à d'innombrables localités, la catastrophe s'est limitée exclusivement au mouvement tectonique et

l'on n'a enregistré ni épidémie, ni famine, ni pillage, ni acte de vandalisme, ni panique collective, ni incendie.

ETAT DE PREPARATION DU GUATEMALA AVANT LE TREMBLEMENT DE TERRE DE
FEVRIER 1976

A. En ce qui concerne l'état de préparation au niveau central, il faut dire que dès septembre 1971 a été approuvée la création d'un comité national d'urgence; ce comité a été créé par décret gouvernemental, au vu de la nécessité pour l'Etat de garantir la vie, l'intégrité physique et la sécurité de la personne comme des biens des citoyens.

Le Comité est organisé de la façon suivante:

- a) Le Comité national d'urgence (CNE), qui est l'organisme directeur au niveau national.
- b) Son Comité exécutif, qui agit rapidement et prend les décisions autorisées par le CNE.
- c) Le Commandement opérationnel d'urgence, qui prend des mesures en coordination avec tous les organismes d'action sociale. Il dépend du coordonnateur général du Comité d'urgence.

Les Ministères qui participent directement aux activités du Comité national d'urgence sont les suivants:

1. Ministère de la défense
2. Ministère des communications et des travaux publics
3. Ministère de la santé publique et de l'assistance sociale
4. Ministère des finances.

Les comités régionaux du Comité national d'urgence sont:

1. Les comités départementaux
2. Les comités municipaux
3. Les comités locaux (niveau des hameaux et des fermes).

Les inondations dues aux crues des cours d'eau de la côte sud, les éruptions volcaniques qui se sont produites dans la région andine et les queues de cyclone qui ont frappé la côte nord du pays ont soutenu l'intérêt pour cette question et contribué à l'expérience du CNE.

Certaines des fonctions assumées par le CNE ont permis, dans les premières heures qui ont suivi la catastrophe, d'organiser les ministères qui collaborent directement avec le Comité, d'établir des communications radio d'entreprendre les activités de recherche et de commencer à mesurer l'ampleur des dégâts sur le territoire national.

B. Au niveau intermédiaire, nous pouvons dire qu'on avait peu fait, voire presque rien, en prévision d'une catastrophe de l'ampleur de celle du 4 février 1976; par exemple, sur les deux hôpitaux universitaires de 1 000 lits chacun que compte la capitale, il n'y en avait qu'un où il y eut un service d'urgence équipé pour agir en cas de catastrophe mineure, comme collision de véhicules publics, accidents collectifs, ou en cas de catastrophe de moindre importance que celle causée par le tremblement de terre, et où le personnel ait fait des exercices de simulacre de catastrophes. Dans l'autre hôpital, il n'y avait pas de service d'urgence équipé, et il n'y avait pas eu d'exercices de simulacre.

C. Au niveau local, le civisme et la coopération des citoyens guatémaltèques se sont manifestés dès les premières heures qui ont suivi la catastrophe, où le travail d'équipe et la formation et l'organisation de bénévoles ont été remarquables; avec les premiers rayons du soleil, on pouvait voir les habitants nettoyer les rues, déblayer les édifices effondrés et aider leurs voisins, amis et concitoyens à transporter les blessés et à évacuer les morts. Immédiatement se sont organisées des patrouilles civiles, qui ont établi des services de transport de blessés en voitures particulières et ont énormément contribué à maintenir l'ordre public, formant des queues pour recevoir des aliments et des secours médicaux, faisant entreprendre immédiatement le déblayage et le nettoyage des rues, des chemins vicinaux et des routes, pour que les patrouilles de secours puissent arriver sur les lieux.

Des volontaires ont également formé des patrouilles civiles qui ont veillé à la sécurité des nouveaux centres de peuplement qui ont surgi autour des décombres et près des foyers qui venaient d'être détruits.

SECOURS D'URGENCE

Etapes de l'intervention

- a) L'action locale décrite au paragraphe précédent montre le civisme et l'activité dont ont fait preuve les citoyens devant la catastrophe, tant individuellement que collectivement.

- b) Sur le plan national, les pouvoirs publics et les sociétés autonomes et semi-autonomes, Croix-Rouge, Rotary, Lions Club, universités, etc. sont intervenus immédiatement; cadres et travailleurs des secteurs techniques, de la médecine, etc. se sont présentés dans les hôpitaux, les centres d'alimentation en eau et en énergie électrique et les centres de télécommunication pour travailler jour et nuit à résoudre les problèmes qui se posaient; des groupes de pilotes privés se sont organisés immédiatement pour faire des vols de reconnaissance, de façon à mesurer l'ampleur de la catastrophe et porter assistance aux régions isolées.

Dans la capitale, six heures après la catastrophe, le courant était rétabli dans un tiers de la ville; huit heures après, quelques téléphones commençaient déjà à fonctionner normalement; les zones où il a été possible de rétablir la circulation d'eau, les fissures dans les canalisations et les aqueducs ayant été localisées, ont été alimentées immédiatement; une coordination a été établie entre les hôpitaux, dispensaires et postes de santé et laboratoires pharmaceutiques et l'armée, mise en état d'alerte.

L'intervention internationale s'est faite presque immédiatement, grâce à l'organisation de la Croix-Rouge guatémaltèque, qui a envoyé un SOS au réseau international au niveau de l'Amérique centrale. 24 heures après la catastrophe des hôpitaux de campagne fonctionnaient et des brigades médicales volantes travaillaient dans les secteurs indiqués par le CNE. De nombreux pays d'Amérique centrale et du sud qui ont des groupes de défense civile et des comités d'urgence expérimentés ont immédiatement prêté leur aide au Guatemala.

Tous les pays où existe ce type d'organisation ont envoyé des équipes autonomes, avec un matériel médicochirurgical, des tentes, etc. qui leur ont permis de faire immédiatement du travail utile; l'effort international en faveur des victimes a été évident et l'aide ainsi apportée au gouvernement et au peuple guatémaltèques pour réparer les dégâts causés par le tremblement de terre a été précieuse.

Le SOS qui a donné l'alarme a été entendu à travers toute la planète et la réaction internationale a été immédiate.

Grâce au bureau local (région III) de l'Organisation panaméricaine de la santé (CPS), du Bureau des Nations Unies pour les secours en cas de catastrophe (UNDRO) et de l'Organisation mondiale de la Santé, on a beaucoup fait pour la coordination de l'aide internationale et locale; mais on a vu aussi qu'il faudrait bien planifier le type et la forme de l'aide internationale lors des catastrophes qui surviendraient à l'avenir.

L'envoi pêle-mêle de médicaments, de denrées alimentaires, de vêtements, a été un exemple de plus de ce qui se passe actuellement dans le monde en cas de catastrophe: médicaments non classés, avec des dates d'utilisation échues depuis plusieurs mois, envois aberrant en quantités absurdes et dans une gamme de variétés telle qu'il était impossible de les classer et de les utiliser.

Des tentes de campagne, ou des matériaux pour improviser des logements adéquats sont arrivés quelquefois plus de quatre semaine après la catastrophe, alors que le problème avait déjà été réglé précairement par les sinistrés eux-mêmes; la Croix-Rouge a fait tout ce qu'elle a pu dans ce domaine dans toute la zone.

ORGANISATION DE L'AIDE MEDICALE

Le jour même de la catastrophe a été créé un groupe de travail permanent chargé de planifier et de coordonner les activités sous la direction du Directeur général des services de santé.

L'organisation mise en place afin de répondre aux besoins urgents couvrait des programmes de soins médicaux, d'épidémiologie, d'assainissement et d'alimentation.

Simultanément furent organisés des groupes responsables des aspects administratifs du dispositif: fournitures et transport, personnel, statistiques, information.

Un coordonateur responsable devant le Comité national d'urgence a été nommé.

Pour évaluer les dégâts causés par le tremblement de terre, on a organisé des enquêtes dans toute la zone métropolitaine et des visites dans les établissements du système de santé; des réunions de coordination entre le Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale, l'Institut guatémaltèque de Sécurité sociale et la Croix-Rouge guatémaltèque ont eu lieu pour établir un système unique de soins médicaux.

NIVEAUX DE SOINS

On peut dire sans risque de se tromper que les moyens pour les premiers secours à donner en "première ligne" ont été insuffisants dans toute la République. L'heure à laquelle s'est produit le tremblement de terre, le fait que la catastrophe a été subite, que la zone touchée était très vaste, et que l'on ne savait que faire dans ces circonstances,

ont rendu pratiquement impossible, dans les premiers moments, la mise en place de moyens de premiers secours. Dans les heures qui ont suivi immédiatement la catastrophe, tout ce que l'on put faire fut d'évacuer les blessés de la zone sinistrée en des lieux sûrs, proches de localités, ou de les transporter, lorsque cela était possible, dans les hôpitaux régionaux, les dispensaires et les hôpitaux centraux.

Nombre de ces hôpitaux n'étant pas, comme on le verra plus loin, en mesure d'assurer les services médicaux, se sont bornés à donner les premiers soins aux blessés, en attendant qu'ils puissent être transportés dans d'autres hôpitaux.

Dans les hôpitaux de la capitale, dès l'arrivée des premiers blessés, on a commencé à les classer en les regroupant suivant les lésions qu'ils présentaient. On a fait une évaluation de chaque cas, dans la mesure du possible, à l'entrée à l'hôpital; les morts étaient évacués loin des installations hospitalières; les grands blessés, quant à eux, ont été classés de la manière suivante: dans une zone de l'hôpital (salle de conférences) on a groupé tous les traumatismes du crâne et de la colonne vertébrale; dans le service de réanimation tous les traumatismes du thorax et de l'abdomen; dans le service de consultation externe tous les traumatismes des os importants; et, dans le service de consultation externe de cardiologie, tous les patients ayant des traumatismes multiples non catalogués.

D'innombrables blessés qui ne présentaient que des contusions, des écorchures ou des lésions légères ne furent pas admis à l'hôpital mais reçurent les premiers soins dans les campements des environs.

La politique suivie en ce qui concerne les blessures a été de se contenter de procéder à leur lavage et à leur nettoyage, en les laissant ouvertes et enveloppées de pansements stériles.

Dans les campagnes, les blessés ont généralement été évacués vers des fermes vides, des terrains de football, des zones sûres sans constructions. Ils y reçurent les premiers soins, de nombreuses blessures furent suturées et les blessés attendirent patiemment d'être transportés dans les hôpitaux centraux pour leur traitement définitif. On a donc eu le temps de classer, d'évaluer et de trier les patients qui devaient être transportés afin de recevoir des soins spécialisés.

EVALUATION DES BESOINS

Pour pouvoir mener à bien une évaluation concise des besoins urgents, il a fallu faire le bilan de la zone touchée; pour cela, on a fait le tour des établissements hospitaliers, en y apportant les fournitures médicochirurgicales nécessaires, que le Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale aurait en référence en prévision des activités normales de 1976. Des membres du CNE et du Ministère de la Santé publique ont emprunté des hélicoptères de l'armée de l'air guatémaltèque pour se rendre dans les zones du haut plateau où maisons et installations étaient détruites de 60 à 90% dans chacune des localités touchées; on a donc pu procéder dès les premiers jours à un recensement, qui a fourni les importantes données suivantes: sur les 254 installations dépendant des services de santé situées dans la zone frappée par la catastrophe, 112 (44%) avaient subi des dégâts considérables à leurs bâtiments et leur matériel.

Sur ce total il y avait 14 hôpitaux, dont trois complètement détruits, 27 dispensaires, dont cinq complètement détruits, et 71 postes de santé, dont 46 complètement détruits. La première semaine, sur les 3 000 lits disponibles pour accueillir les sinistrés, plus de la moitié correspondaient à des installations provisoires, dans des hôpitaux de campagne fournis grâce à l'aide internationale.

Cinq jours après la catastrophe, on avait recensé 17 000 morts et quelque 48 à 50 000 blessés. Pour ce qui est de l'infrastructure sanitaire, 75 réseaux urbains d'eau potable et 242 réseaux ruraux d'adduction d'eau étaient totalement ou partiellement hors d'usage et 32 réseaux d'égouts et 66 000 latrines sanitaires avaient subi des dommages plus ou moins importants, tout comme les systèmes d'enlèvement des ordures.

Morts, infirmités et malheurs domestiques avaient diminué la capacité de travail du personnel auxiliaire de santé.

Au départ, on a manqué de nourriture et, ce qui est plus important, d'eau potable, et la promiscuité et l'entassement des gens dans des logements improvisés, sans installations sanitaires, ont fait proliférer insectes et rongeurs.

Les invalides, les enfants rendus orphelins par la catastrophe, les lésions d'ordre psychique, impossibles à quantifier, autant d'éléments qui ont aussi rendu plus difficiles les soins médicaux et l'assistance aux sinistrés.

Quarante-huit heures après le tremblement de terre, une nouvelle secousse très violente se produisit, qui détruisit définitivement l'un des deux hôpitaux centraux de la capitale, dont il fallut transférer les patients vers les installations d'un parc d'expositions agricoles et commerciales, sans alimentation en eau ni appareils sanitaires suffisants

ni le minimum de conditions nécessaires à des soins médico-hospitaliers.

Faisant preuve d'une organisation et d'une efficacité impressionnantes, l'armée et le personnel de l'hôpital ont réussi ensemble à transporter en quarante-huit heures 1 000 lits, avec leurs malades, et le matériel sur une distance approximative de 6 km dans la ville. Quarante-huit à soixante-douze heures après le début de l'évacuation, l'hôpital pouvait à nouveau soigner les blessés et assurer des services médico-sociaux aux patients.

Pour suppléer au manque de lits dans la zone métropolitaine, les services de santé, en coordination avec l'Institut guatémaltèque de Sécurité sociale, la Municipalité et l'Université, et avec le concours des 70 postes et des 15 unités mobiles, ont pu donner tous les soins médicaux demandés, aidés qu'ils étaient en outre par les unités de secours de campagne envoyées par les gouvernements des pays d'Amérique latine. Pour augmenter les moyens de la région, les hôpitaux (PDH) envoyés par les Etats-Unis d'Amérique furent installés dans les locaux de l'Institut de Santé mentale du Dr Carlos Federico Mora, ce qui a accru de 200 lits la capacité d'accueil pour les blessés graves.

C'est immédiatement aussi que se formèrent 70 brigades mobiles composées d'un médecin et du personnel auxiliaire et des volontaires nécessaires, pour commencer l'enquête visant à déterminer les dommages causés avec précision et apporter les premiers secours aux sinistrés.

EPIDEMIOLOGIE

Dès le premier jour, on a recueilli des données, organisé des campagnes d'information pour recommander des mesures préventives et procédé aux vaccinations du programme annuel et, dans certains cas, à des vaccinations spéciales. On a établi un réseau de surveillance épidémiologique, qui a permis d'enquêter sur tous les cas suspects signalés et de prendre les mesures pertinentes.

Les fonctionnaires de l'OPS, de l'INCAP (Institut de Nutrition de l'Amérique centrale et de Panama) et du Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale ont coopéré, pendant la phase critique, à mettre en oeuvre les programmes suivants, visant à:

- a) prévenir et combattre les maladies transmises par l'eau, grâce à l'éducation sanitaire, à l'hydratation rapide et au traitement en temps opportun des malades.
- b) procéder à des vaccinations, principalement vaccins DDT, et contre la poliomyélite et la rougeole, chez les moins de

cinq ans; les vaccinations ont commencé dans la capitale et ont été étendues par la suite à tout le pays.

c) Prévenir les maladies respiratoires dans les groupes de population à risque élevé (enfants, vieillards, malades cardio-pulmonaires). Des tentes et des couvertures ont été distribuées dans les endroits les plus exposés au froid.

d) Etablir une surveillance épidémiologique en organisant à cet effet les hôpitaux, les dispensaires et les postes de santé, afin de connaître la morbidité prédominante, d'orienter les enquêtes épidémiologiques, d'évaluer les actions de santé et de prendre des mesures de prévention et de lutte.

e) Enquêter sur les petites poussées de diarrhée, de rougeole et de grippe et sur les morsures d'animaux.

f) Réparer et améliorer le réseau de laboratoires dans les zones sinistrées, pour soutenir l'action des programmes précédents.

Il faut souligner qu'à la suite des tremblements de terre de février 1976, la vaccination massive contre la fièvre typhoïde n'a pas été utilisée au Guatemala, car on ne l'a pas jugée utile ni nécessaire. Pour satisfaire à la "nécessité" de vacciner la population, on a simplement avancé la campagne de vaccination décrite plus haut, que le Ministère de la Santé publique avait prévue pour le 16 février. De cette façon on a atteint deux objectifs importants: premièrement, obtenir une meilleure couverture que précédemment dans la campagne de vaccination DDT et contre la rougeole et la poliomyélite; deuxièmement, répondre à la nécessité psychique de la population touchée d'être vaccinée.

QUESTIONS SANITAIRES

La zone sinistrée couvre une superficie de 39 502 km² et abritait 2 961 000 habitants, dont 1 638 000 vivaient à la campagne.

Sur l'ensemble des collectivités, 384 avaient des réseaux d'eau potable, qui desservaient une population de 275 000 habitants. Par ailleurs, 65 700 latrines sanitaires étaient installées.

Ingénieurs et inspecteurs ont collaboré à l'évaluation des dégâts et ont immédiatement mis en place des programmes de contrôle de l'eau distribuée et d'évacuation des ordures et fait installer des latrines dans la capitale et dans les départements; grâce au programme d'information on a pu faire des campagnes pour indiquer aux sinistrés comment éviter les épidémies. On s'est occupé d'éliminer les chiens errants et on a lancé un programme de vaccination des chiens pour prévenir la rage.

DEPLOIEMENT LOGISTIQUE

La majorité de la population ne savait comment se comporter lors d'une catastrophe comme celle survenue au Guatemala. L'interruption totale des communications a rendu encore plus difficile la tâche d'éducation de la population dans les premières heures qui ont suivi le tremblement de terre.

Le réseau de communications au niveau national étant totalement interrompu pendant les premières 48 heures, il fallut utiliser des radios portatives et faire appel aux radio-amateurs pour assurer les communications, essentielles dans ce genre de problèmes.

Les transports par voie de terre, étant donné l'ampleur des dégâts causés aux routes, étaient impossibles; aussi l'armée de l'air guatémaltèque, celle des Etats-Unis et l'Aéroclub du Guatemala ont-ils établi des ponts aériens, les pilotes civils risquant leur vie pour atterrir sur les routes.

Un autre des problèmes qui se sont posés à la suite du tremblement de terre a été le stockage de toutes les provisions envoyées grâce à l'aide internationale, car il était difficile de trouver des entrepôts pour stocker tout ce qui fut envoyé. Par exemple, on peut citer les 64 000 livres de matériel médico-hospitalier envoyées en un seul vol; il a fallu s'occuper spécialement de trouver des monte-charges et des entrepôts permettant de transporter et d'emmagasiner cet envoi.

Nous pouvons annoncer avec fierté que toute l'aide envoyée a été distribuée immédiatement dans les zones touchées, par le Comité national d'Urgence et les organes qui en dépendent, grâce à des ponts aériens utilisant des hélicoptères et des avions légers et aussi, lorsque cela était possible, par voie de terre. Rien n'est resté stocké longtemps, seuls les médicaments envoyés en vrac sont restés en entrepôt pour pouvoir être classés dans un avenir lointain.

AIDE INTERNATIONALE

L'aide internationale reçue par le Guatemala pendant la catastrophe de février a été immense et variée.

Il a eu des apports économiques, des envois de matériel et d'équipement, de véhicules, de denrées alimentaires, de fournitures et de médicaments; conseillers et experts, personnel médical, ingénieurs, hygiénistes, vétérinaires, etc. sont venus grossir les rangs du personnel guatémaltèque.

Une grande partie de cette aide a été canalisée de différentes manières, la majorité par l'intermédiaire du CNE, qui s'est chargé de la recevoir et la distribuer le plus rapidement possible et sans faire de tri.

La Croix-Rouge guatémaltèque a reçu de l'aide de toutes les Croix-Rouges du monde et s'est chargée de distribuer ces secours, mais sans trop de coordination avec le CNE, si bien que dans de nombreux cas, les envois ont fait double emploi.

Un troisième groupe vaut la peine d'être mentionné, même s'il est très réduit, car il a reçu directement une aide internationale; il s'agit de l'Hôpital Roosevelt du Guatemala, qui a établi un pont aérien avec diverses organisations bénévoles de plusieurs états des Etats-Unis d'Amérique pour en recevoir des fournitures. Il a pu dialoguer avec elles pour leur faire connaître ses besoins, grâce à des radios-amateurs et au système radio de l'hôpital, les communications étant maintenues 24 heures sur 24.

Ces groupes de bénévoles étaient formés en majorité de médecins guatémaltèques en stage aux Etats-Unis ou y exerçant. Deux types de priorités ont été établies: une pour l'envoi immédiat des médicaments nécessaires pour répondre aux besoins d'urgence et l'autre pour l'envoi de médicaments et d'équipement médico-hospitaliers, de vêtements et de fournitures destinés à permettre à l'hôpital, qui après avoir soigné près de 10 000 patients en février avait épuisé ses réserves pour l'année 1976, de continuer à fonctionner.

Les besoins étant connus, on a commencé à envoyer du matériel et de l'équipement, si bien que l'hôpital a pu continuer à travailler sans interruption pendant une période de 12 à 14 mois. Cette aide a facilité sa gestion administrative, car on a pu ainsi réorganiser la répartition des fonds pour l'année 1976 afin d'acheter du matériel et de l'équipement et continuer à fournir les soins médicaux nécessaires pendant toute l'année.

DISCUSSION

Pour faire une sorte de tour d'horizon de ce qui s'était passé pendant le tremblement de terre de 1976, le Collège de Médecins et Chirurgiens du Guatemala a organisé des groupes de discussion sur le thème "Le Plan national de Santé en Cas d'Urgence", lors du XXVIIe Congrès médical.

Les groupes de discussion étaient formés de médecins et d'infirmières qui avaient travaillé dans différentes zones du pays pendant la

catastrophe; aussi a-t-on pu établir des méthodes de travail, évoquer longuement leurs expériences et faire des propositions pour améliorer le système d'intervention en cas de catastrophe.

Le sentiment général a été qu'en dépit de la présence au Guatemala du CNE, dont les fonctions et les objectifs sont bien définis, et qui dispose de pouvoirs suffisants pour exercer une action, ce Comité n'a pas fait l'effort d'information nécessaire pour faire connaître et comprendre la structure et le fonctionnement du plan national d'urgence.

De multiples exemples de manque de coordination dans les envois, dans la reconnaissance des zones isolées et dans le classement de zones partiellement ou totalement détruites, de manque de voies de communication, ainsi que quelques difficultés qui se sont produites au départ dans la coordination des activités, ont montré que bien qu'il y ait un plan national d'urgence, celui-ci n'existe en fait que sur le papier, mais non dans l'esprit des ministres, secrétaires, directeurs, personnel médical et paramédical, ingénieurs, etc. et moins encore dans celui du public, d'où, comme nous l'avons déjà dit, au départ, un manque de coordination et une désorganisation auxquels il a fallu remédier au fur et à mesure du déroulement des opérations.

On a également ressenti l'absence d'un commandement unique pour les services de santé dans l'organisation et la répartition des soins médicaux dans la zone touchée.

Le CNE centralisant les communications radio, il fut difficile tout d'abord aux autorités de la santé d'être fixées avec certitude sur l'ampleur des dégâts et les besoins des populations sinistrées.

Soucieux de distribuer médicaments, vêtements, fournitures et équipements le plus tôt possible, le CNE a fait au début des distributions non appropriées dans certaines zones et insuffisantes dans d'autres, ce qui a causé des problèmes qui ont nécessité une redistribution, d'où augmentation des coûts et retards dans l'intervention.

On a dit aussi qu'il importait d'être organisé et instruit en prévision des catastrophes dans la région de l'isthme de l'Amérique centrale; effectivement, sur une période de 4 ans, 3 catastrophes de grande ampleur se sont succédées dans les républiques soeurs de l'Amérique centrale, le Nicaragua, le Honduras et le Guatemala.

Nous croyons utile de maintenir une surveillance adéquate et de disposer de personnel entraîné et capable comme de fournitures et d'équipements pour d'éventuelles catastrophes, afin de pouvoir nous aider mutuellement à y faire front, puisqu'elles nous frappent si fréquemment.

Les avantages et les inconvénients de l'aide internationale ont fait l'objet d'un débat, car une grande partie de cette aide a été envoyée de façon massive et dans une certaine mesure sans ordre, ce qui en a compliqué la distribution, le classement et l'utilisation; il y eut des moments où la quantité de médicaments non classés qui arrivait dans le pays était telle qu'il a fallu créer des équipes spéciales pour essayer de les classer et de les utiliser.

Bien que le principal problème fût celui des radiocommunications, comme ont pu le constater les autorités du CNE, la Croix-Rouge guatémaltèque et les organismes internationaux, il n'a pas été possible de lui trouver une solution dans les premières semaines du tremblement de terre. De même, aujourd'hui encore, il n'existe pas de réseau de communications herziennes à travers le territoire guatémaltèque.

CONCLUSIONS

L'état de préparation de la République du Guatemala, avant le tremblement de terre de février 1976, était totalement insuffisant.

Bien qu'il y ait eu un Comité national d'Urgence, avec un plan national d'urgence, ce dernier a été inopérant.

Il existe pourtant des ressources humaines et matérielles qui permettent d'affronter ce type de catastrophe, si on les emploie comme il convient.

Il est nécessaire d'organiser la formation, à tous les niveaux, aux fonctions, activités et tâches à assumer en cas de catastrophe.

L'éducation au niveau populaire sur le comportement de la collectivité devant n'importe quelle situation d'urgence est importante.

Nous jugeons utile de commencer à former, en des lieux spécialisés, un personnel qualifié, qui puisse servir d'animateur et de conseiller dans le secteur de la santé, et aussi à éduquer la population pour qu'elle sache comment se comporter en cas de catastrophe.

RECOMMANDATIONS

1. Que soit élaboré et mis en place un système de communications efficace dans tout le territoire national.
2. Que la classification de la population sinistrée en cas de catastrophe soit unifiée (et adaptée aux normes internationales).

3. Que dans tous les établissements du secteur public, on prévoie une organisation fonctionnelle pour les situations d'urgence.
4. Que tout soit mis en oeuvre pour que les unités de santé qui viendraient s'incorporer au système aient le nécessaire en matériel, équipement et personnel pour affronter les situations d'urgence.
5. Que les organismes internationaux définissent et diffusent des méthodes et procédés permettant de faire face à n'importe quel genre de situations d'urgence.
6. Que l'aide internationale envoyée soit uniquement celle qui a été sollicitée, afin que l'on puisse la coordonner, la superviser et la distribuer.
7. Que la ceinture de feu fasse l'objet d'une surveillance continue à travers toute la planète.
8. Que l'OMS, ou un organisme similaire, ait dans chaque hémisphère ou région du matériel, de l'équipement, des fournitures et du personnel spécialisé qui puissent être envoyés immédiatement dans les zones frappées par une catastrophe et répondre aux besoins communs à toutes les catastrophes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAPHIQUES

1. De Ville de Goyet et al. El Terremoto de Guatemala: Evaluación Epidemiológica de las operaciones de Socorro, OPS, Vol. 81, No.3, septiembre 1976.
2. Donaldson, David, Ing. et al. Salud del medio ambiente, OPS/OMS, septiembre 1976.
3. Erdmenger, Jacobo. Plan de emergencia para equipamiento de puestos de salud en la zona de desastre, Projeet de la BID.
4. Garduño, Héctor, Dr. El Plan Nacional de auxilio en casos de desastre y su aplicacion en la zone fronteriza México-Estados Unidos. Boletín OPS, Año 48, Vol. LVII - 67, No.3.
5. Kouchner, B., Dr, Hernández, M., Dr Coordinación de Voluntarios. Panajachel, Guatemala.
6. Lechat, Michel F. Administración en Salud Pública en situaciones de desastre. Seminario en aspectos administrativos en Salud Publica en situaciones de desastre. Panajachel, Guatemala, noviembre 1976.
7. Lechat, Michel F., Epidémiologie des cas d'urgence, Acta Hospitalia, 1976, Vol. 16, pp. 305-332.
8. Mahler, Karl. Planificación para desastres para países en desarrollo. AID.
9. Masaya Marotta, Fernando. Hagamos nuestra casa con lámina y cemento, Facultad de Arquitectura, USA3.
10. Moreno, Ramón. Seminario sobre asuntos administraciones en situaciones de desastre. El sol de la UNDRG y de la familia de las Naciones Unidas en situaciones de desastre. ONU(PNUD).
11. Saéñz J., Lenin, Dr. Planificación de Servicios de Salud en situaciones de emergencia, Panajachel, noviembre 1976.
12. Spencer, Harrison C., Vigilancia y control de las Enfermedades, Panajachel, noviembre 1976.
13. Solórzano, Jaime, Dr et al. Encuesta para diagnosticar la capacidad de los Servicios de Salud para satisfacer la demanda de atención, antes, durante y despues de la emergencia causada por el terremoto

del 4 de febrero de 1976, Dirección General de Servicios de Salud, División de Programación y Servicios Técnicos Generales, Departamento de Programación.

14. Zapata, Raúl, Dr. La atención médica chilena en Casos de Catástrofe, Colegio Médico de Chile.
15. Zapata Díaz, Raúl, Dr., La ayuda internacional en casos de desastres naturales, Colegio Médico de Chile.
16. Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. Méthodes recommandées pour l'emballage et l'étiquetage ou le marquage des secours expédiés lors d'opération internationales de secours. Genève.
17. Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les secours en cas de catastrophe. Investigación y evaluación del desastre.
18. USAC. La Ingeniería sanitaria en situaciones de desastre, Facultad de Ingeniería, Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria.
19. Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. Liste type de médicaments et d'équipement médical à l'usage des équipes médicales Croix-Rouge. Genève.
20. División de Programación y Servicios Técnicos Generales, Grado de destrucción de establecimientos públicos pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud.
21. Informe de Guatemala ante la XXIX Asamblea Mundial de la Salud. CMS Ministerio de Salud Pública.
22. Ramírez, Alfonso, Dr. Importancia de la participación multi-sectorial en situaciones de desastre, CPS/CMS.
23. Asistencia de la CPS/CMS a Guatemala con motivo del terremoto del 4 febrero 1976, 75 Reunión del Comité Ejecutivo. Juin 1976.