

ÉCOLE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE
ENSEIGNEMENT SUR LA GESTION DES CRISES DE SANTÉ PUBLIQUE
21-25 Novembre 1994

LES CRISES ET LEUR GESTION

- RECUEIL BIBLIOGRAPHIQUE -

Patrick LAGADEC

1994

CAHIER N° 3

ÉTUDES DE CAS

Présentation Générale

Ce recueil bibliographique réunit un certain nombre de textes pouvant venir en appui à l'enseignement sur le thème de la gestion des crises de santé publique.

Il complète les ouvrages de synthèse sur le sujet⁰ en rendant accessibles nombre de textes qu'il est souvent difficile de se procurer.

A côté de textes d'auteurs, des notes de lecture sont également proposées. Se présentant comme des contractions des documents originaux, elles indiquent leur source de façon précise de telle sorte que l'on puisse se rapporter à l'original (les pages correspondantes dans l'original sont indiquées au fil de la note, entre parenthèses).

Les textes sont regroupés autour de grands thèmes centraux qui, dans un souci de confort d'utilisation, font l'objet de cahiers séparés :

CAHIER N°1 : CADRAGE GÉNÉRAL

- A. Autour du concept de crise
- B. Perspective : "More and worse disasters"
- C. Décision, crise et santé publique
- D. Risque, crise : question sociale, enjeu politique

CAHIER N°2 : GESTION DES CRISES

- A. Actions réflexes face à une crise
- B. Gestion générale de crise
- C. Communication médiatique
- D. Communication avec le public
- E. Problèmes de préparation et de planification
- G. Deux synthèses : Communication ; Apprentissage

CAHIER N°3 : ÉTUDES DE CAS

- A. L'accident
- B. Le produit contaminé
- C. La discussion sociale
- D. Une situation spécifique : les crises terroristes

⁰ Notamment :

DAB, William, 1993 : *La Décision en santé publique - Surveillance épidémiologique, urgences et crises*, Editions Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1993.

DAB, William, Marcel GOLDBERG, Emmanuèle MENGUAL, Christian ROLLET, 1993 : *Décideurs tous risques – Du bon usage de l'épidémiologie*, ENSP Editions - Editions Frison-Roche.

DAB, William, Patrick LAGADEC : "Environnement industriel et santé publique – Le rôle du facteur « santé » dans les crises liées à l'environnement », rapport pour le Service de l'Environnement Industriel, Ministère de l'Environnement, Février 1993.

LAGADEC, Patrick : *Etats d'urgence, Défaillances technologiques et déstabilisation sociale*, Le Seuil, Coll. «Science ouverte», Paris, 1988.

LAGADEC, Patrick : *La Gestion des Crises – Outils de réflexion à l'usage des décideurs*, McGraw-Hill, Paris, février 1991.

LAGADEC, Patrick : *Apprendre à gérer les crises*, Les Editions d'Organisation, Paris, juin 1993.

SOMMAIRE DU CAHIER N°3

ÉTUDES DE CAS

A. L'accident

FRIEDMAN, Sharon M. : «TMI The Media Story ».....	4
SCANLON, Joseph : <i>The Evacuation of Mississauga</i>	9
FINK, Steven : TMI, Bhopal, Institute.....	15
MCINTOSH, Neil : <i>Lockerbie – A local authority response to the Disaster</i>	20
GILBERT, Claude, 1988 : "Le nuage toxique de Nantes".....	28
BOSSUYT, E., Claude HANSEN, et all. : Nuage toxique sur le Havre.....	45

B. La crise "produit"

JOHNSON & JOHNSON «The Tylenol Comeback».....	51
FINK, Steven : Tampon Rely, Tylenol.....	55

C. La discussion sociale

MUSKIE, Edmund S. and Daniel J. GREENWALD III : «The Nestle Infant Formula Audit Commission as a Model».....	61
PAGAN Jr., Raphael D. : «The Nestle Boycott».....	64

D. Crises terroristes

ROSENTHAL, Uriel, Michael T. CHARLES, Paul T HART : «The South Moluccan hostage takings».....	69
KELLY, MICHAEL J. : «The seizure of the Turkish Embassy in Ottawa : managing terrorism and the media ».....	74

CONSTRUCTION DU CAHIER N°3

Pour un accès direct à des cas de crise, on pourra se reporter à l'ouvrage de P. LAGADEC : *Etats d'urgence*, Seuil, 1988, qui reprend une vingtaine de situations de crise vues à travers les témoignages de responsables ou d'acteurs privilégiés – qui ont bien voulu répondre à quatre questions centrales : comment l'événement vous est-il "tombé dessus" ? Quel fut le pire moment ? Qu'avez-vous fait ? Quelles leçons avez-vous tiré de l'expérience ? De même, dans *La Gestion des crises*, McGraw-Hill, 1991, on trouvera un index de nombreux cas traités sous différents angles.

Dans l'esprit de ce recueil bibliographique, nous proposons ici une série de contributions particulières sur des cas de crises, regroupées en quatre grandes familles.

A. L'accident

Première situation : l'accident brutal, qui pose des problèmes de grande ampleur mais généralement localisé. Nous avons retenu : l'épreuve de Three Mile Island, qui fut la découverte de la complexité de ce type de situation en raison des problèmes de communication médiatique, notamment ; l'affaire de Mississauga, qui donna lieu à une gigantesque opération d'évacuation ; Bhopal, ou la situation de désastre d'extrême ampleur ; le cas de Lockerbie, remarquable pour la prise en charge des victimes qui fut exceptionnelle. Les cas de Nantes et du Havre, confrontées à la menace de "nuages toxiques" montrent l'extrême difficulté de gestion de ces situations, pour lesquelles les préparations font souvent défaut.

FRIEDMAN, Sharon M. : «TMI The Media Story » «TMI : The Media Story », in Lynne MASEL WALTERS, Lee WILKINS, Tim WALTERS (eds.), *Bad Tidings - Communication and Catastrophe*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1989, pp. 63-83 (365 Broadway, Hillsdale, New Jersey 07642)

SCANLON, Joseph : *The Evacuation of Mississauga, Toxic Chemicals and Emergency Management : The Evacuation of Mississauga, Ontario, Canada*, in : Uriel ROSENTHAL, Michael T. CHARLES, Paul T HART (Ed.) : *Coping with crises – The management of disasters, riots and terrorism*, Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1989, pp. 303-322.

FINK, Steven : *Crisis Management – Planning for the Inevitable*, Amacom, American Management Association, 135 West 50th Street, New York, NY 10020)...

MCINTOSH, Neil : *Lockerbie – A local authority response to the Disaster*, November 1989, (Dumfries and Galloway Regional Library Service, Catherine Street, Dumfries DG1 2JB)

GILBERT, Claude, 1988 : "Situation de crise : objet d'étude. Le nuage toxique de Nantes, exemple d'une crise blanche", *Préventique*, n° 22, p. 4-14.

BOSSUYT, E., Claude HANSEN, AJ ROTH, M. BIGO, M. BOUVREAU, C. DRIEU. : Nuage toxique sur le Havre... Une ville prise au dépourvu, 7 Octobre 1986, in *Catastrophes Toxiques*, XXVème Congrès des Centres Anti-Poisons, Paris 21-23 septembre 1987, Masson, n°137, Paris, 1988 (p. 107-112)

B. La crise "produit"

Second défi : le problème générique que pose un produit qui se révèle dangereux (effectivement ou selon des rumeurs), en raison de ses caractéristiques propres, d'action volontaire extérieure. Le cas de la contamination volontaire du Tylenol reste le grand cas d'école ; le cas du Tampon Rely est un autre classique.

JOHNSON & JOHNSON «The Tylenol Comeback», A special report from the editors of *Worldwide*, a publication of Johnson & Johnson Corporate Public Relations. Non daté (vraisemblablement décembre 1982).

FINK, Steven, 1986 : *Crisis Management – Planning for the Inevitable*, Amacom, American Management Association, (135 West 50th Street, New York, NY 10020)...

C. La discussion sociale

Troisième type de crise : la grande mise en cause sociale. Le cas de référence est ici la discussion sur le lait infantile de Nestlé. Nous revenons sur cette affaire qui donna lieu à des initiatives institutionnelles utiles à rappeler.

MUSKIE, Edmund S. and Daniel J. GREENWALD III : «The Nestle Infant Formula Audit Commission as a Model », «The Nestle Infant Formula Audit Commission as a Model», *Journal of Business Strategy*; Vol. 6, n° 4; 1986, pp. 19-23.

PAGAN Jr., Raphael D. : «The Nestle Boycott : Implications for Strategic Business Planning», *Journal of Business Strategy*; Vol. 6, n° 4; 1986, pp. 12-18

D. Crises terroristes

La situation terroriste (déjà abordée avec le cas du Tylenol) peut enfin être évoquée car elle plonge dans des problèmes spécifiques. Notamment dans les rapports avec les médias.

ROSENTHAL, Uriel, Michael T. CHARLES, Paul 'T HART : The South Moluccan hostage takings, Managing terrorism : the South Moluccan hostage takings, in : Uriel ROSENTHAL, Michael T. CHARLES, Paul 'T HART (Ed.) : *Coping with crises – The management of disasters, riots and terrorism*, Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1989, pp. 367-393.

KELLY, Michael J. : The seizure of the Turkish Embassy in Ottawa : managing terrorism and the media, in : Uriel ROSENTHAL, Michael T. CHARLES, Paul 'T HART (Ed.) : *Coping with crises – The management of disasters, riots and terrorism*, Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1989, pp. 117-138.

A - L'ACCIDENT

Sharon M. FRIEDMAN ¹

«TMI : The Media Story »

in Lynne MASEL WALTERS, Lee WILKINS, Tim WALTERS (eds.)

Bad Tidings - Communication and Catastrophe

Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1989, pp. 63-83.

(365 Broadway, Hillsdale, New Jersey 07642)

MOTS-CLES

Etude de cas

Communication

Médias

TMI (Manque de planification préalable, pendant, depuis)

RESUME

La scène pré-TMI était prête pour un effondrement des communications lorsque l'accident survint : le manque de préparation de chacun des acteurs était total (l'article précise la pauvreté de cette planification préalable). La confusion fut donc maîtresse du terrain; des monde se sont heurtés, des incompréhensions entre médias et ingénieurs sont apparues comme des barrières infranchissables. Depuis, des leçons ont été tirées et chacun s'est renforcé. Mais on reste encore à la merci de l'erreur, et les efforts n'ont pas été suffisants du côté des médias (les ingénieurs ont appris le fonctionnement des médias, ces derniers n'ont guère investi du côté de la technologie nucléaire et des problèmes qu'elle pose). Une autre défaillance grave serait sans doute mieux traitée pour le factuel, mais les analyses en profondeur, les mises en perspectives seraient encore mal assumées par la presse.

DEVELOPPEMENTS

La couverture médiatique de TMI a été beaucoup étudiée, le cas restant marqué par l'extrême confusion où se mêlaient critiques et attaques sur les thèmes du mensonge, de la dissimulation, du sensationnel. La Commission d'enquête présidentielle mit sur pied un groupe spécial : "the Task Force on the Public's Right to Information" (63), qui examina de nombreux aspects du problème : la couverture médiatique d'accidents nucléaires antérieurs, le fonctionnement des journalistes pendant l'événement, les flux d'information sur des points spécifiques – et ceci aussi bien pour le contenu que la tonalité. La conclusion majeure fut que l'on assista à un effondrement des communications, dû, en grande partie, à un manque de planification préalable – affectant tout autant l'exploitant, la NRC, les médias. En réalité les conditions de l'échec étaient en place bien avant l'événement lui-même.

Les efforts d'information préalable

L'exploitant

Met Ed avait trois programmes principaux d'information : l'un sur l'ensemble de ses activités, un autre sur la marche de TMI, un dernier ciblé sur les résidents locaux.

1. Le premier était assuré par quatre professionnels des relations publiques, depuis Reading, ville située à 90 km de la centrale. Ils avaient en charge une foule de choses (lettres d'information interne, activité publicitaire, etc.), ils n'étaient appuyés par aucun programme de formation scientifique, ils étaient très nouveaux dans leur poste (7 mois environ), ils étaient surtout en lien avec les médias locaux et non nationaux. Ces multiples facteurs expliquent que ces personnes ne purent fournir des informations précises et pertinentes durant l'accident.

2. Des ingénieurs du département production dirigeaient le programme sur spécifique sur TMI. Le personnel des relations publiques de Reading n'était guère associé à ce programme. Ces ingénieurs ayant peu idée des besoins des médias en cas d'accident, ils n'inclurent pas dans leur plan d'urgence le point de savoir comment informer le public ou les médias au sujet d'un accident. Ils donnèrent cependant beaucoup d'informations sur la centrale, à travers des communiqués hebdomadaires – et cela aurait pu constituer un bon point d'appui. (64) Mais ces communiqués avaient de graves défauts, le plus important étant leur jargon technique (par exemple des expressions comme : "de-energized power generation buses"); un autre était le manque de jugement sur l'importance relative des événements, qui aurait pu indiquer aux journalistes ce qui devait faire l'objet d'un suivi particulier de leur part. Autre difficulté :

¹ Lehigh University, membre de la Task Force on the "Public's Right to Information" de la Commission d'enquête présidentielle sur TMI.

les communiqués furent source de confusion parce qu'ils n'indiquaient pas le moment où les problèmes étaient apparus, mais le moment où ils avaient été signalés à la NRC. Tout cela contribua à l'effondrement des communications :

- Le jargon ne permettait pas aux journalistes de comprendre; les communiqués ne furent donc pas souvent utilisés.
- Si un journaliste appelait au sujet d'un problème soulevé dans un communiqué, il se voyait généralement répondre que le point en question avait été corrigé – tout simplement parce que le communiqué faisait état d'un problème récemment signalé à la NRC, mais corrigé depuis car survenu bien auparavant. Cela donnait l'impression que tout se passait au mieux à TMI, ce que l'on savait ne pas être le cas.
- Enfin, cette pratique générale inscrivait le fait que la gestion médiatique était une affaire d'ingénieurs, et cela continua naturellement lors de l'accident.

3. Le troisième programme était le plus au point. Mais il fut peut-être "trop réussi". Il réussit en effet à convaincre que TMI était absolument sûre, de telle sorte que personne n'était prêt lorsque survint l'accident. Il y eut une perte grave de crédibilité pour Met Ed, qui contribua au chaos des communications.

Les médias

Les six quotidiens et l'hebdomadaire de la région avaient publié 158 articles sur la centrale entre 1978 et mars 1979 – la plupart positifs et reprenant les communiqués du bureau de l'exploitant à Reading (mais peu ceux des ingénieurs). (65) Les journalistes étaient des non spécialistes. Ils ne firent pas état de problèmes à TMI, ce qui ne permit pas, lors de l'accident, de faire référence à quelque repère connu. A l'échelle nationale, il y eut un accroissement sensible des publications sur le nucléaire entre 1972 et 1976 (+400%), un traitement de plus en plus négatif de cette forme d'énergie; les journalistes étaient souvent des non spécialistes, ceux qui l'étaient n'ayant jamais couvert d'accident autre que l'affaire de Browns Ferry.

La NRC

La NRC avait pour politique de ne suivre ni conseiller les exploitants en matière de relations publiques. Elle ne formulait aucune exigence en matière de plan d'information d'urgence – et n'en n'avait d'ailleurs pas pour elle-même.

Elle ne pouvait compter que sur 10 professionnels de relations publiques, 5 à Washington, et 5 dispersés dans ses bureaux régionaux. Ses relations avec la presse n'étaient pas très bonnes, les journalistes percevant cette administration comme timide et prompte à s'abriter derrière un jargon technique. Les administrateurs étaient mieux perçus, mais les médias identifiaient des contradictions entre ce qui leur était dit et ce qui était communiqué au Congrès.

En un mot, la scène était préparée pour une crise de communication : l'exploitant avait une équipe de relations publiques réduite, inexpérimentée, des ingénieurs étant en charge de l'information sur le réacteur; les médias locaux n'étaient pas préparés à couvrir un accident, les nationaux n'étant d'ailleurs pas toujours en meilleure posture; l'équipe d'information de la NRC était trop réduite, et l'agence n'était pas armée pour les relations médiatiques. (66)

L'accident lui-même

L'accident fut un test pour tout le monde, et chacun échoua. Il survint à 4 h. du matin le 28 mars 1979; à 7h24 Met Ed déclara l'état d'urgence générale. A 9h.00 l'Associated Press annonça cette urgence générale. Peu après les journalistes commencèrent à submerger d'appels l'exploitant et la NRC.

Les efforts de l'exploitant et de la NRC

Met Ed et la NRC étaient les principales sources d'informations pour les médias au cours de l'accident, mais elles fournirent très peu de données utiles dans les premiers jours. Faute de planification, les apports étaient marqués par la confusion, la contradiction, la désorganisation. Le premier jour, personne ne savait qui avait la charge d'informer le public. Met Ed publia des communiqués depuis trois lieux différents, tous disant quelque chose de différent sur la radioactivité en dehors du site. Du côté de la NRC, le responsable des relations publiques de la région concernée put répondre aux premières demandes, parce qu'il avait reçu notification de l'accident; mais on ne continua pas à l'informer, et il ne disposa bientôt que d'informations dépassées.

Mais les journalistes ne perçurent pas bien cette confusion réelle entre les experts; ils l'interprétèrent comme de la dissimulation – ce qui les fit d'ailleurs mal interpréter l'essentiel : à savoir que les experts ne savaient vraiment pas ce qui se passait dans le réacteur.

Au début de l'accident, Met Ed domina la scène de l'information, son vice-président en charge de la production agissant comme porte-parole. Les quatre personnes de relations publiques à Reading étaient submergées sous les appels téléphoniques, et ils jouèrent un rôle mineur; les ingénieurs prirent l'affaire en mains, mais ils commirent plusieurs erreurs. (67)

Une première erreur fut de tenter de minimiser la quantité de radioactivité relâchée. Il en résulta la prise de position du Lt. Gouverneur Scranton, déclarant au cours d'une conférence de presse que l'exploitant ne disait pas ce qu'il aurait dû dire. Pareilles erreurs se multiplièrent pendant plusieurs jours, jusqu'à la gaffe magistrale du vice-président en charge de la production déclarant au milieu de la plus sévère crise nucléaire jamais connue dans le pays qu'il ne voyait pas pourquoi il devrait dire aux journalistes tout ce que faisait Met Ed. Cela fit perdre à l'exploitant ce qui lui restait de crédibilité.

Bien que la NRC fit ce qu'elle put pour prendre ses distances d'avec l'exploitant, en refusant notamment d'être présente aux conférences de presse de Met Ed, elle ne fut guère plus efficace comme source d'information. L'un des problèmes était qu'elle parlait de plusieurs voix : la NRC régionale, la NRC au centre fédéral, la NRC à la centrale, les administrateurs. On enregistra des contradictions entre ceux de la région et ceux de la centrale; le quatrième jour le centre fédéral annonça qu'une bulle d'hydrogène pourrait exploser dans les deux jours, ce que démentirent rapidement les ingénieurs de la NRC sur le site. Et les administrateurs, en opposition directe à leurs ingénieurs, firent tout ce qu'ils purent pour minimiser la gravité de l'accident. Ils prirent même soin, les premiers jours, de ne pas le nommer "accident".

Les activités des médias

Ajoutant à la confusion, il y eut une arrivée massive de journalistes à la centrale, la plupart d'entre eux ne connaissant rien au nucléaire. A la fin du premier jour, ils étaient 100. Ce nombre monta à 300-500 au fur et à mesure de l'accident. Ces journalistes avaient des délais à respecter, et cependant ils ne pouvaient obtenir que peu d'informations de la part de la Met Ed et de la NRC – et ce qu'ils obtenaient était souvent contradictoire. Les journalistes furent presque immédiatement confrontés au problème des termes nucléaires. Une question simple, à savoir par exemple si le cœur avait été découvert, donnait lieu à des réponses complexes. Les reporters allèrent dans des bibliothèques, ou appelèrent des experts dans d'autres firmes pour trouver des éclaircissements; d'autres abandonnèrent le terrain de l'expertise pour se tourner vers les gens et ce qui leur arrivait.

Pendant les deux premiers jours, Met Ed comme la NRC ne donnèrent presque pas d'aide organisée aux journalistes. (68) En principe, dans pareil cas, il est prévu de retourner les appels téléphoniques, d'organiser des conférences de presse et des centres de presse, de donner des informations de base, et si nécessaire, d'offrir l'assistance de spécialistes pour expliquer les détails techniques. Faute de préparation, rien de tel ne fut offert. Au début, les appels ne furent pas retournés, ou ne le furent que tardivement et avec trop peu d'informations. En conséquence, les journalistes commencèrent à appeler tous ceux qu'ils pouvaient appeler, ce qui conduisit à davantage de confusion. La situation fut si mauvaise que le maire de Harrisburg déclara avoir appris l'accident lorsqu'un journaliste de Boston l'appela pour obtenir des informations.

Met Ed ne mit sur pied un centre de presse que le troisième jour de l'accident, le vendredi 30 mars – et encore : à 20 miles de la centrale, et pour les appels téléphoniques seulement. La NRC ne monta un centre de presse que le lundi suivant, 6 jours après l'accident. L'absence de centre de presse signifie qu'il n'y avait pas de lieu central permettant aux journalistes de rassembler de l'information, pas de chargés de relations publiques qui aurait pu leur apporter assistance, encore moins de spécialistes pouvant leur expliquer les aspects techniques de l'accident.

La confusion s'amplifia. Elle devint totale le vendredi, après que le relâchement de 1 200 millirem conduisit à une discussion sur une fusion possible du cœur. Cette confusion n'avait pas que les médias pour origine. Le Gouverneur de Pennsylvanie recevait des rapports contradictoires de la NRC sur le danger et la nécessité ou non d'évacuer la population. Les administrateurs de la NRC étaient dans la même confusion.

Finalement, à la demande du Gouverneur, la Maison Blanche s'impliqua, centralisa les communications et limita le nombre des personnes qui pouvaient s'exprimer sur l'accident. Harold Denton, devint le premier porte-parole sur le site; il réussit à réduire la confusion, même si son langage souvent technique glaçait parfois les journalistes – qui se demandaient si, au cas où Denton leur annoncerait une fusion du cœur, ils seraient en mesure de le savoir en raison précisément des termes techniques utilisés.

Les médias, de leur côté, n'apparaissent pas exempts de critiques. En raison du manque de préparation, ils ne disposaient pas de journalistes familiers de ces questions. Et ils firent bien choses de façon incorrecte. Ils soulignèrent la confusion de leurs sources, ajoutant davantage de confusion. Ainsi, les 1200 millirem avaient-ils été tout à la fois, planifiés et non planifiés, maîtrisés et non maîtrisés, prévus et non prévus. Ils manquèrent ou ne donnèrent qu'avec retard plusieurs faits importants, comme le grave dénoyage du cœur. (69)

En outre, les médias fournirent des informations difficilement compréhensibles pour leurs lecteurs, omirent de situer les choses dans leur contexte – par exemple les rejets de radioactivité et leurs effets potentiels sur la santé. Ce fut sans doute le point le moins bien relaté.

Cependant, on ne peut accuser les médias d'avoir succombé au sensationnel : ils ne furent pas aussi alarmistes qu'on ne le pense généralement. Une analyse en profondeur a montré que les médias ont davantage offert des déclarations rassurantes que l'inverse. Le seul point où cela fut inversé fut celui de la fusion du cœur, mais l'information ne

faisait que reprendre les informations alarmistes de la NRC. De même pour les titres, les photos, les schémas : une étude portant sur 43 journaux a montré que seuls deux publications succombèrent au sensationnel. Cela est moins vrai pour certains commentaires à la télévision.

Le clash entre des mondes différents

Les journalistes étaient confrontés à des problèmes complexes, un jargon difficile. Les ingénieurs s'irritèrent de l'ignorance de la presse. Ils trouvèrent tout particulièrement gênant d'avoir à donner des réponses courtes et simples à des questions compliquées, et d'avoir à traiter de questions portant sur les scénarios possibles (what if ?). Et les besoins des médias apparurent aussi déconcertants aux ingénieurs que la technologie nucléaire l'était pour les journalistes. Les ingénieurs ne réalisaient pas que les médias ont besoin d'avoir de l'information sur une base régulière : les journaux n'impriment pas des pages blanches, et les informations télévisées ne peuvent s'accommoder de 30 minutes de musique classique enregistrée. Ils ne comprenaient pas non plus la question des délais, ni le fait que les médias avaient besoin d'informations nouvelles. Les ingénieurs voulaient du temps pour résoudre les problèmes de réacteur, les médias et les citoyens étaient préoccupés des dangers potentiels pour la santé et de la perspective d'une évacuation. En ce sens, et même si l'accident de TMI fut unique, il apparaît, si l'on élargit le contexte, comme un exemple classique de rupture entre la technologie et les médias. (70)

Les leçons tirées de l'accident

L'exploitant et la NRC

Met Ed renforça son équipe de relations avec la presse et la rapprocha l'équipe de la centrale puisqu'elle déménagea pour venir sur l'île elle-même. Les journalistes furent positifs dans leurs jugements (étude de 1983), reconnaissant que leurs interlocuteurs connaissaient les besoins des médias, se montrant prêts à apporter leur aide, et très accessibles. De même, les communiqués de presse furent jugés précis, compréhensibles, ne comprenant pas de jargon technique.

La crédibilité perdue au moment de l'accident fut difficile à regagner. Pour la période 1981-82, les journalistes continuent à regretter de voir les réponses à leurs questions ne pas être toujours complètes, et ne refléter que le point de vue de l'exploitant.

De son côté, la NRC a exigé (d'elle-même aussi) des plans détaillés d'information d'urgence du public. Ces plans sont testés chaque année, évalués par la NRC, qui suggèrent des améliorations. (71)

De leur côté, les médias couvrirent de façon plus intense et plus approfondie les questions nucléaires, en allant bien au-delà du seul point de vue de l'exploitant. Les journalistes firent un certain effort pour s'instruire en matière nucléaire. (72) Les critiques portent sur une insuffisance d'articles de fond (on se contente de traiter les événements successifs) qui pourraient resituer les choses dans leur contexte, sur le manque d'articles résultant de véritables enquêtes et non de la simple reprise des informations données par l'exploitant. (73) Davantage de critiques sont adressées aux médias nationaux, qui n'auraient pas fait les mêmes efforts, et qui tombent dans l'exagération en fonction directe de leur éloignement de TMI. Mais, faute d'études, ce point ne peut être approfondi.

La couverture média de 1983 à 1987

Les journaux continuèrent à donner une place de choix à TMI, surtout à travers des sous-affaires telles que l'alarme tirée par 4 ingénieurs sur la sécurité des opérations de nettoyage, la plainte de Met Ed à l'encontre de Babcock and Wilcox, des révélations au sujet de falsifications des taux de fuites par le personnel de Met Ed avant l'accident, le lancement d'une étude sur l'intégrité de la direction de TMI, la démission du président de GPU, la remise en marche partielle de TMI-1, etc.

En 1987 les médias relatèrent des faits positifs comme le programme de décontamination "particulièrement réussi" (1 milliard \$). Et des faits négatifs : des erreurs de conception, des fuites de refroidissement, des tests de drogue sur 10 employés, des équipes dormant pendant leurs horaires de travail, des études montrant que les gens de la région souffrent encore de stress à un niveau plus élevé que la normale, etc. Une controverse se développa à propos du projet de GPU visant à procéder à l'évaporation de 8 millions de litres d'eau radioactive ayant servi au cours de l'accident et pendant le nettoyage.

Commentaires sur la couverture récente de TMI

Les conflits continuent entre la presse et l'exploitant, à l'occasion de tel ou tel reportage – par exemple sur les conséquences sanitaires de l'accident, sur la sécurité des travailleurs oeuvrant à la décontamination, sur les dégâts exacts survenus sur le coeur. L'affaire médiatique apparaît sans fin. Et comme l'a dit le porte-parole de GPU : "l'avenir de cette technologie dépend de la façon dont les médias en rendront compte et de la perception que le public aura de cette présentation" (81) (76-81)

Conclusions

L'examen comporte des indications encourageantes : les médias locaux sont désormais mieux armés pour traiter les questions nucléaires; l'affaire continue à être suivie et elle ne disparaîtra pas; le cas montre aussi que l'on n'échappe

pas aisément à un accident nucléaire : c'est un processus très long et onéreux; c'est aussi une lutte : la lutte de l'exploitant pour sa survie, lutte pour de nouvelles méthodes de décontamination, lutte pour une appréciation juste de la situation de la part des résidents.

Il y a aussi des indications moins favorables. Bien que les médias se soient dotés de capacités renforcées, ils restent susceptibles de commettre des erreurs – ainsi que l'a montré le cas Tchernobyl. Si les exploitants ont fait des efforts pour former des ingénieurs en matière de presse, cette dernière a peu fait pour s'armer sur le domaine nucléaire. Il est donc probable qu'en cas de nouvel accident sérieux les événements seront mieux rapportés, mais l'analyse en profondeur et l'explication feront encore défaut.

T. Joseph SCANLON

Toxic Chemicals and Emergency Management : The Evacuation of Mississauga, Ontario, Canada

in : Uriel ROSENTHAL, Michael T. CHARLES, Paul 'T HART (Ed.) : *Coping with crises – The management of disasters, riots and terrorism*, Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1989, pp. 303-322.

La police locale, qui avait dû affronter déjà diverses situations difficiles, s'était préparée aux situations d'urgence; le chef de la police avait souligné que le plan d'urgence devait répondre à une large palette de crises et pas seulement à des prises d'otages ou à des actes de terrorisme. (304)

Le fait qu'il s'agisse d'une urgence chimique ne fait que peu de différence. Les prises d'otage, qui exigent les conseils d'experts psychologues et psychiatres, sont semblables aux accidents chimiques qui exigent le concours d'experts chimistes. Dans les deux cas, les généralistes dépendent de l'expérience et de l'expertise d'autres personnes pour se faire une opinion et prendre des décisions.

La région de Peel avait connu une fusillade dans une école, une explosion de gaz, un incendie dans une raffinerie (qui avait nécessité une évacuation). Cette expérience, plus le fait que les officiers de police n'étaient pas promus s'ils ne connaissaient pas le plan de crise, faisait que le Plan d'urgence n'était pas qu'un plan papier. Il était connu, constamment remis à jour, il avait servi. Il se composait de quatre éléments clés :

1. Deux périmètres, une "zone de danger" limitée personnels d'intervention, et une seconde zone plus large à accès réservé.
2. Un PC avancé (EOC, Emergency operations center, ou on-site command post) situé entre les deux périmètres.
3. Un directeur de l'intervention (on-site commander).
4. Un centre de presse, lui aussi situé entre les deux périmètres.

Les organisations devant agir dans une urgence étaient, outre la police et les Pompiers, les Transports urbains de Mississauga, la Croix Rouge de Mississauga, et le Service des Ambulances de Toronto. Toutes avaient déjà travaillé ensemble, selon le plan et avait trouvé ce dernier satisfaisant. (305)

Dans le convoi :

- 11 wagons de propane;
- 4 de soude caustique (problème en cas de contact).
- 3 de styrène (effets anesthésiant en forte concentration).
- 3 de toluène (explosif et toxique).

Première explosion : en 30 secondes, le système téléphonique de la police est saturé (tout le monde appelle pour signaler un crash d'avion, une explosion de gaz, etc.) Un responsable de la police, à minuit, se trouve pris dans un embouteillage : on va voir le désastre. (306)

Sur place, un premier policier est rejoint par une patrouille. Et la police de Peel est rejointe par L'Ontario Provincial Police (des patrouilles de l'autoroute qui passe par la zone) et la Metro Toronto Police (voisins). Les premiers policiers à arriver sur place demande aux badauds de reculer (ce qui sera plus aisé après la seconde explosion soit 15 minutes après la première) et active le plan :

- ils disent à l'inspecteur de garde qu'on a besoin de lui sur le site;
- ils choisissent un PC avancé provisoire;
- ils commencent à prendre en charge les médias.

Les premiers pompiers arrivèrent deux minutes après la police. Ils avaient vu l'explosion de leur caserne; avant même qu'ils ne soient partis le standard toutes les lampes du standard étaient allumées.

La première décision des pompiers fut de contrôler l'incendie, non de l'éteindre; on s'acheminait dès lors vers une opération de longue durée. Ils avaient deux problèmes importants : les bleves; les gaz, qu'ils détectèrent avec des explosimètres dans les immeubles voisins.

Tout à fait au début, la plupart des décisions furent prises indépendamment par les pompiers et la police. Les premiers luttèrent contre le sinistre; les seconds s'occupèrent du périmètre de contrôle, de l'évacuation des riverains immédiats et des médias.

Puis d'autres organisations entrèrent dans le jeu : Le service des ambulances, la Croix-Rouge, les transports urbains, notamment – avertis par l'état-major de la police. Les Pompiers, de leur côté, mobilisèrent d'autres casernes, la compagnie de gaz, des experts chimistes. (307)

Le problème majeur fut celui des produits chimiques : pendant des heures ce fut la confusion totale, les chemins de fer qu'il n'y avait pas de wagon de chlore dans le brasier. La qualité des "experts" présents apparaissait très discutable, alors même qu'il fallait s'y rapporter.

Les décisions d'évacuation furent prises tout d'abord par le chef de la police en consultation avec les autres policiers et les pompiers; ensuite par le chef de la police en consultation avec le chef des pompiers, le maire et le délégué régional; enfin par une structure de commandement formelle, sous la présidence d'un ministre régional. (308)

Des facteurs favorables : routes excellentes, faible trafic un dimanche, lundi férié, familles rassemblées, etc. (309)

LES PROBLEMES DE DECISION

Les premières évacuations

Le problème

La toute première décision d'évacuation fut aisée à prendre : les wagons explosaient. Ensuite les choses devinrent moins claires : d'un côté les chemins de fer qui garantissaient qu'il n'y avait pas de chlore; de l'autre, des rapports indiquant régulièrement la présence de chlore. Il y avait déjà eu trois fortes explosions. Et si les chemins de fer s'étaient trompés sur le chlore, ils pouvaient se tromper aussi sur le reste. Les organismes clés se préparèrent pour les évacuations.

Décisions

A 14h47, le chef de la police ordonna une évacuation dans le périmètre pouvant être affecté par des bleves – soit celle de 3 500 personnes.

Résultat

La police fit un porte à porte pour informer les résidents : ils étaient en danger en raison du gaz ou d'une explosion. En outre, un haut responsable informa les médias de ce qui se passait. Des résidents qui écoutaient la radio surent qu'on allait ainsi les contacter. (309)

La police s'assura de la disponibilité des bus. La Croix-Rouge avait mis en place un centre d'hébergement. La police marqua à la craie tous les logements visités. Tout se passa sans grand problème, à ceci près que certains allèrent trop près et durent subir une seconde évacuation (pour 25% d'entre eux); 8% évacuèrent trois fois.

Le problème du chlore

Le problème

Trois heures après l'évacuation les chemins de fer continuaient d'affirmer qu'il n'y avait pas de chlore. Les véhicules d'analyse apportaient des preuves contraires. Et l'on pouvait sentir le gaz dans le PC avancé. Et la météo venait de fournir les prévisions quant aux vents : en cas de fuite de chlore, le gaz irait sur une zone habitée. Fallait-il demander à ces gens d'évacuer ? Une fois encore la décision fut prise par le chef de la police, qui en tint informé le commandant des pompiers, ce dernier l'assurant de son appui.

Décisions

Le chef de la police ordonna l'évacuation des zones résidentielles dans la trajectoire des vents.

Résultat

Les autres corps de police (Province et Toronto) assistèrent la police de Peel pour cette extension de l'évacuation. Mais aucun de ces autres corps n'avait les mêmes fréquences radio, ce qui exigea qu'un membre de la police de Peel accompagne chaque détachement extérieur, pour raison de sécurité : il fallait qu'ils restent en contact en cas d'urgence. Une fois encore, les résidents furent approchés un à un, on utilisa des hauts-parleurs, les médias furent informés en avance, et tous les résidents contactés furent coopératifs.

L'évacuation de l'hôpital

Le problème

L'hôpital Général de Mississauga n'était pas immédiatement concerné, en raison de la direction des vents; mais ceux-ci pouvaient tourner. (310) La police dut déménager de son PC avancé où l'odeur de chlore se faisait sentir. L'évacuation de l'hôpital posait des questions difficiles. A 7h30 un groupe élargi comprenant le chef de la police, le commandant des sapeurs pompiers, le maire et le responsable régional discutèrent de ce problème. Le chef de la police avait déjà avisé l'hôpital qu'il pourrait avoir à évacuer.

Décisions

Le nouveau groupe de responsable décida d'évacuer l'hôpital par mesure de précaution. Il décida aussi d'évacuer quelques nurseries et maisons pour personnes âgées.

Résultat

La police notifia le directeur de l'hôpital qui, au premier abord, précisa qu'il n'évacuerait que sur ordre personnel du chef de la police. On lui dit alors de regarder par la fenêtre : il y avait là 139 ambulances, 300 ambulanciers, certains venant de 240 km à l'est, 120 km à l'ouest. Il fut convaincu. Le services des ambulances fit la régulation. Il n'y eut qu'un problème : un médecin d'un hôpital voisin passa outre les arrangements et insista pour recevoir des patients : ces derniers durent plus tard être évacués une seconde fois. (311). Cette évacuation eut lieu à temps : à peine le dernier patient transporté, le personnel commença à sentir l'odeur du chlore et quelque irritation.

La complexité administrative

Le problème

L'évacuation, en extension croissante, attira de plus en plus l'attention. On était passé du binôme Chef de la Police-Commandant des Pompiers à un petit groupe de décideurs au moment de la décision d'évacuer l'hôpital. A l'aube du dimanche de plus en plus de responsables arrivèrent. Mississauga devenait un événement : il était important d'en être.

Il y avait :

- Les experts des entreprises chimiques des environs et de Dow Chemical à Samia.
- Les responsables des chemins de fer.
- Les officiels de la Commission des Transports Canadiens.
- Le Maire de Mississauga;
- Le représentant de la région.
- Un ministre provincial.
- Des représentants de diverses administrations provinciales.

Et chaque agence avait plusieurs représentants.

Et d'autres organisations venaient compléter cette palette : notamment la Police Montée Canadienne, d'autres brigades des sapeurs-pompiers.

Bref, de ce fait, les processus de décisions suivis jusque là ne pouvaient plus fonctionner. Chacun voulait être mis au courant; chacun voulait avoir son mot à dire. Et il commença à y avoir quelque tension avec le fédéral, à partir d'un problème lié aux militaires. Lorsque on considéra leur aide éventuelle, un officier militaire répondit qu'il avait besoin pour cela d'une demande formelle, précisant que les soldats assisteraient pour les questions de sécurité, et aux frais de l'Ontario. La police et le ministre provincial décidèrent qu'on ne souhaitait pas rentrer dans ces exigences pompeuses. Des responsables fédéraux seraient présents, mais leur présence serait minimisée. Cela réglait au moins la question du leadership de la cellule de crise, qui fut donnée au ministre provincial.(312)

Décision

L'accès à la cellule de crise serait limitée. Une liste serait établie par la police de Peel, en accord avec les conseillers du ministre : ceux qui y figureraient auraient accès, les autres non.

Résultat

La police commença par décider que sa propre commission de tutelle ne figurerait pas sur la liste; ce qui facilitait par la-même d'autres exclusions. Il fut décidé de limiter l'implication des élus. Seul le maire, le représentant régional et le ministre seraient admis.

La cellule comprendrait :

- La Police Provinciale
- Le commandant des pompiers
- L'entreprise chimique
- La commission des Transports canadiens
- Le Maire
- Le représentant régional

– L'Attorney General et quelques uns de ses conseillers

Des députés déplorèrent leur exclusion, mais la décision resta ferme. On introduisit également des changements dans le mode de fonctionnement : les réunions étaient présidées par l'Attorney General; toutes les décisions étaient d'abord approuvées par les administrations directement compétentes, puis approuvées par consensus. Cela conduisit à des réunions plus longues, mais ceci était moins important en raison de la décroissance de l'urgence des événements et des mesures à prendre – et empêchait les retournements critiques ultérieurs.

Le recours à la force

Le problème

Au début, la police n'eut aucune difficulté à persuader les voisins immédiats de partir. Cela devint plus difficile avec l'extension de l'évacuation. Une décision devait être arrêtée : si quelqu'un refusait d'évacuer, la police pouvait-elle recourir à la force ? Les autorités judiciaires de l'Ontario répondaient oui; la police non : contrairement à ce qui est le cas dans d'autres provinces, en Ontario, ce n'était pas légal. (313) On pouvait seulement évacuer les non-résidents, et refuser la ré-entrée aux résidents qui étaient partis.

Décisions

La police emporta la décision. On dirait aux gens qu'ils couraient un risque en restant, et l'on tablait sur la persuasion. La Police montée fit même passer une directive : à moins que les gens ne se livrent à des actes contraires à l'ordre public ou s'ils ne sont pas résidents, nous n'avons aucune autorité pour les faire sortir ou les arrêter.

Résultat

La plupart des gens partirent quand on le leur demanda, certains même avant. D'après l'étude de l'université de Toronto, on aurait compté 1,7% de refus, des gens dans la cinquantaine ou la soixantaine, sans enfant, ayant reçu une formation intellectuelle, et d'un statut social élevé. Ils étaient prêts pour un départ immédiat s'il devenait nécessaire à leurs yeux (leurs affaires étaient prêtes, et ils avaient leur voiture). Ces résidents furent identifiés, et la police était prête à aller les chercher avec des masques en cas de besoin.

Les médias

Le problème

Toronto est le centre médiatique du Canada pour la presse anglophone : les journalistes affluèrent donc en masse. Avec l'extension de l'évacuation, ils arrivèrent de l'étranger. Au début, la police de Peel avait installé le centre de presse à l'intérieur du périmètre de contrôle et deux officiers de haut rang avaient été assignés à la prise en charge des médias. Le principe était que cette autorisation d'accès était un moyen de maîtriser les affaires (314) : à l'intérieur du périmètre, il était entendu que les médias devaient coopérer. Et comme toute l'information était donnée à l'intérieur du périmètre, ils devaient bien coopérer. Il y eut finalement un problème : le centre de presse se révéla être en zone dangereuse en raison du vent; mais les journalistes ne voulaient pas quitter, ils appréciaient les arrangements initiaux. Il y eut un second problème : les pompiers commencèrent à déplorer le fait que toute la publicité médiatique allait à la police.

Décisions

On garda les arrangements initiaux avec les médias; et on revaloriserait la situation des pompiers.

Résultat

Les relations avec les médias furent excellentes. La Police de Peel reçut ensuite un courrier des plus élogieux sur son ouverture. Pour plusieurs raisons : la police suivait la production des médias et pouvait corriger rapidement les erreurs commises; elle mit en valeur les médias locaux (contrairement à ce qui s'était passé à TMI). Pour traiter le problème de jalousie des Pompiers, les médias furent escortés sur le site et on leur donna l'opportunité de parler au commandant des pompiers. Ce dernier fut aussi invité à participer à toutes les conférences de presse importantes.

Le chlore, une nouvelle fois

Le problème

A 2h30 le mardi matin, trois jours après le déraillement, le feu fut finalement éteint, mais il restait le problème du chlore. Des essais pour colmater la brèche du wagon se révélèrent infructueux. (315) Le jeudi, nouveau problème : au moment du pompage du chlore, un vide se formerait au dessus de la couche de glace protectrice, et celle-ci pourrait se détériorer. Tandis que l'on s'interrogeait sur la marche à suivre dans la cellule de crise... les résidents commencèrent à manifester leur volonté de rentrer chez eux. Dans la cellule de crise, on ne pouvait être certain de l'absence de risque.

Décisions

Pas d'autorisation de retour pour les voisins immédiats aussi longtemps que l'on n'aurait pas enlevé le chlore.

Résultat

La prudence était justifiée; durant le pompage, qui ne fut terminé que le vendredi, du chlore s'échappa et 12 pompiers durent être conduits à l'hôpital. Cela conduisit à une nouvelle fermeture de la cellule de crise : pas de retour avant le transbordement aussi de la soude caustique. Ils préférèrent avoir affaire à des résidents en colère qu'à devoir traiter un accident supplémentaire.

Les demandes de visite

Le problème

Beaucoup de gens avaient quitté en pensant que ce n'était que pour une nuit. Il y eut des conflits aux barrages.

Décisions

La cellule de crise décida que certaines visites étaient justifiées. Des équipes de conciliation furent montées pour entendre les plaintes et juger de la légitimité d'une visite.

Résultat

Cette idée d'équipes de conciliation était bonne. Les gens furent en général autorisés à réentrer. Mais, comme cela se faisait avec accompagnement de la police, cela engendra d'autant plus de travail pour la police.

ANALYSE DE LA PRISE DE DECISION

Les recherches menées par l'ECRU montrent que deux facteurs sont essentiels au traitement d'une crise: l'expérience et la planification. Les deux existaient à Mississauga : des urgences variées, un plan d'urgence testé, dont la connaissance était posée comme exigence pour la promotion interne au corps de police, etc.

Mais le plan d'urgence de la police n'était pas un plan régional : il n'anticipait pas l'implication d'un nombre important d'agences. Le PC avancé n'était pas conçu pour recevoir toutes ces organisations; le style de commandement de la police, fondé sur le principe d'une autorité reconnue, d'une chaîne de commandement, fut finalement remplacé par une approche "consensus" (317) ajustant des champs d'intérêts et de compétences très divers. La police resta un acteur important, mais n'était plus l'acteur dominant. La police ne l'avait pas prévu. Autre problème classique : celui des communications, qui apparut même entre les corps de police impliqués (fréquences différentes) et qui devint d'autant plus fort qu'il y eut plus d'organisations sur le site.

Les phases de la réponse

Les premières décisions furent prises par les premiers policiers et pompiers. Le second ensemble de décisions par des officiers de rang plus élevé, principalement le chef de la police, en consultation avec le commandant des pompiers. Pendant un moment, lorsqu'il fut question d'évacuer l'hôpital, le groupe de décision fut un peu plus large puisqu'il s'ouvrit au maire et au responsable régional. Bien que cela était un arrangement ad-hoc, qui ne figurait pas dans le plan, on restait encore entre gens habitués à travailler ensemble, même si ce n'était pas durant des crises. Puis de nombreuses personnes arrivèrent, les arrangements ad-hoc se multiplièrent, jusque la structure éclate. Finalement, le ministre régional dut s'imposer et créer une structure nouvelle.

Ce qui s'est passé à Mississauga suggère que les crises appellent des styles de gestion variés. Un plan qui prévoit tel style de management peut devoir être abandonné si la situation évolue. Le style initial peut être contre-productif par la suite, lorsqu'il s'agit davantage de fabriquer du consensus; et le second style aurait été mal venu à l'origine, lorsqu'il s'agissait de traiter une urgence absolue. (318)

La gestion des experts

Une chose resta inchangée : les décideurs n'eurent jamais les connaissances techniques pour juger d'eux-mêmes de la validité des actions à mener. Il y eut le point de la présence ou non du chlore, qui entraîna une disqualification des experts sur le site; puis le fait que la formule proposée pour colmater la brèche sur le wagon ne donna pas de résultat probant : les responsables devinrent de plus en plus tendus contre les experts. Mais ils gardèrent leur confiance envers l'expertise en général : ils demandèrent seulement d'autres experts. Finalement, les responsables devinrent d'une très grande prudence dans leurs décisions, à la mesure de leurs réserves vis-à-vis des experts (d'où le

maintien des populations à l'écart tant que la question de la soude caustique n'aurait pas été réglée). Une leçon générale : les décideurs peuvent avoir d'énormes difficultés à agir dans les univers d'incertitude.

L'extension de l'évacuation

Pourquoi l'évacuation ne cessa de s'étendre ? Était-ce parce que le menace commençait à être mieux comprise ? Parce que la menace s'aggravait ? En raison de précautions de plus en plus fortes prises par les décideurs du fait de leur perte graduelle de confiance dans les experts ? Juste du simple fait d'une exitation à l'intérieur du groupe de décision ?

Il est au moins sûr qu'il n'y eut pas de phénomène de groupthink : on discuta beaucoup, à partir de cultures très différentes.

Certaines décisions furent prises en regard du risque immédiats, d'autres en raison de risques à venir. Il semble aussi que certaines décisions furent prises parce que, tout se passant si facilement, il ne paraissait pas difficile de continuer. De plus, avec l'arrivée de moyens toujours plus considérables, on pouvait prendre de grandes décisions sans autant d'inquiétude qu'au début : faire évacuer comportait de moins en moins de risque. Evacuer 217 000 personnes serait apparu au début comme une énorme affaire; peu à peu cela apparut assez simple.

Davantage : toutes ces décisions étaient apparues à l'extérieur comme pertinentes et remarquablement appliquées. D'où le piège qui se referma sur les décideurs bientôt au centre d'une attention hyper-positive. Ils étaient décrits comme imaginatifs, compréhensifs, et par dessus tout, compétents. (321) Comme la menace n'était pas claire, et comme les évacuations apparaissaient relativement aisées, on poussa la solution sûre, et non la voie de la confiance aux experts assurant que la menace avait disparu. Quand on applaudit de toute part, que les médias sont louangeux, pourquoi aller contre la recherche du maximum ?

Steven FINK
Crisis Management – Planning for the Inevitable
 Amacom, American Management Association, 1986
 (135 West 50th Street, New York, NY 10020)

CRISE A UNION CARBIDE

Le responsable des relations avec la presse de Union Carbide, responsable de permanence cette nuit là, fut réveillé à 4h30 du matin à son domicile, le 3 décembre 1984, par un reporter radio de CBS. Le reporter appelait pour avoir la réaction du groupe à une nouvelle d'Inde selon laquelle il y avait eu quelques morts à la suite d'un accident dans une usine de Union Carbide à Bhopal. Tandis qu'ils s'entretenaient, le bilan des morts passa de 75 à 200. Lorsque le responsable arriva à son bureau le chiffre était monté à 300. "Et cela n'arrêtait pas de monter. C'était comme dans un cauchemar... si seulement je n'avais pas été réveillé".¹

A 4h.30 du matin, le 3 décembre 1984, CBS News appelle le siège de Union Carbide à Danbury (Connecticut). Ils veulent parler à quelqu'un au sujet d'un accident à Bhopal. Le responsable des relations de presse est brutalement plongé dans l'événement médiatique : "Ils avaient un rapport télégraphique en provenance de l'Inde indiquant qu'il y avait eu une fuite de gaz et que quelques personnes avaient été tuées. Sur le moment, le journaliste disait entre 30 et 35. Il commença à me donner tous les détails, y compris des nouvelles des vaches qui gisaient dans les rues. Et, tandis que nous parlions, il n'arrêtait pas de recevoir de nouveaux rapports. A la fin de notre entretien téléphonique, le bilan des morts était déjà de 200 à 300 personnes".²

Sans en savoir bien davantage, sans avoir parlé aux responsable de sa filiale indienne, sans avoir en aucune façon s'il aurait l'autorisation de visiter le site, Warren Anderson déclara lors une conférence de presse organisée dans les 48 heures après l'événement qu'il s'en allait immédiatement en Inde pour diriger l'enquête. (169)

On a beaucoup loué cette décision qui traduisait humanité et préoccupation. Mais d'un point de vue de gestion de crise, cette course folle autour du globe était mal conçue et intervenait à un mauvais moment. C'était un peu comme si Eisenhower était parti faire une reconnaissance en Normandie... : on n'envoie pas le général pour une telle mission. "C'était faire preuve de courage, mais pas de beaucoup d'intelligence" comme devait le dire une compagnie chimique concurrente. Et le jugement peut être plus sévère encore si, comme devait le déclarer Anderson lui-même par la suite, ce déplacement avait pour objet de prévenir les inévitables poursuites judiciaires. Mais, si on laisse de côté cette interprétation et qu'on laisse à Anderson le bénéfice d'une approche purement altruiste, on peut examiner en quoi il agissait en mauvais gestionnaire de crise :

- Il n'avait pas suffisamment d'information pour justifier le voyage.
- Il ne savait pas s'il serait autorisé à visiter le site.
- Il n'avait aucune assurance sur le fait qu'il serait en mesure de faire quoi que ce soit s'il avait pu se rendre sur le site.
- Les communications avec Bhopal étaient si mauvaises que, depuis le site, il n'aurait pu donner des instructions au siège.
- Il ne tint pas compte du risque d'être arrêté, comme il le fut d'ailleurs, alors que des responsables d'Union Carbide India l'avaient déjà été. Il fut arrêté, pour négligence et responsabilité, ce qui diminua encore sa capacité à jouer un rôle dans la gestion de la crise : pendant plusieurs jours il fut injoignable.
- Enfin, s'il n'était déjà pas en mesure d'arrêter de saines décisions dans son environnement confortable et protégé de Danbury, comment pouvait-il espérer mieux faire face en se plaçant au front, où il recevrait de plein fouet l'image du désastre causé par son entreprise ?

Alors qu'aurait-il pu ou dû faire ?

Une des premières choses dont a besoin un responsable est l'information : que se passe-t-il et que peut-on faire ? (170)

¹ Richard I. Kirkland, Jr, "Union Carbide : coping with catastrophe", Fortune, Vol 111, N°1; (January 7, 1985), p. 50.

² R. B. Irvine : When you are the headline - Managing a major news story, Dow Jones-Irwin, 1987 (pp. iv).

Au lieu de disparaître une semaine, et précisément la semaine la plus critique, Anderson aurait dû monter une cellule de crise à Danbury. Il aurait dû envoyer des émissaires de confiance pour recueillir de l'information et la relayer sur lui et son équipe de crise, qui aurait été en meilleure posture pour prendre des décisions efficaces et éclairées.

Les problèmes de communications ? Ils auraient pu être traités selon trois approches au moins :

- Utiliser les canaux de communication déjà utilisés par les médias. Union Carbide recevait déjà ses informations par les médias : elle aurait pu négocier un acheminement rapide des nouvelles avec un ou deux médias (en échange de quelque exclusivité sur un point ou un autre pour plus tard).
- D'autres groupes industriels américains travaillaient en Inde : des accords auraient permis d'ouvrir par ce biais d'autres lignes de communication.
- Union Carbide elle-même aurait fort bien pu se doter d'un système de communication adéquate entre les USA et Bhopal, avant une arrivée physique de personnes du siège.

Anderson aurait pu déclarer que dès qu'il aurait une idée plus précise de ce qui se passait en Inde et qu'il serait assuré que tout ce qui pouvait être fait à Danbury l'était effectivement, il se rendrait personnellement sur place pour conduire une enquête sur les causes de la tragédie – dans les 30 jours environ. Union Carbide aurait aussi pu envoyer à Bhopal des membres de son personnel pour venir en aide aux populations victimes de la catastrophe.

Il faut bien voir aussi que ces réactions ne sont que des mesures de sauvetage ('damage control') et non de la véritable gestion de crise – qui doit intégrer la prévention. (171) Ainsi : que fit-on après les 71 fuites de MIC ou les 107 fuites de phosgène à Institute, avant Bhopal ? Dans un rapport interne sur Bhopal, en 1982, il était bien dit que l'usine présentait un risque d'accident grave.

On enregistra un grand nombre d'irrégularité préalablement à l'accident, comme Union Carbide devait l'admettre deux mois après les révélations du New York Times, quatre mois après l'accident lui-même.

- Quand les employés découvrirent la fuite de MIC à 11h30 le 2 décembre, les employés décidèrent de s'en préoccuper après la pause qui se terminerait à 0h40. La fuite fut détectée de la façon habituelle : leurs yeux se mirent à pleurer.
- L'un des employés déclara que les fuites internes ne les inquiétait jamais et ne faisaient que rarement l'objet d'enquête. Ou bien on réparait sans autre examen, ou bien on ignorait la fuite. (172)
- En juin 1984, une unité de réfrigération conçue pour prévenir le type de réaction qui survint fut fermée, en violation directe des procédures de l'entreprise comme de l'usine.
- Plusieurs employés interviewés par le NY Times déclarèrent que la fuite intervint deux heures après qu'un ouvrier, dont la qualification était insuffisante, reçut instruction d'un contre-maître inexpérimenté de laver un tuyau qui avait été soudé improprement. En raison de la réaction violente du MIC avec l'eau, une telle action est interdite par les procédures.
- Deux autres équipements de sécurité (en plus de l'unité de réfrigération) étaient aussi hors d'usage : un procédé visant à évacuer les gaz était à l'arrêt pour maintenance depuis les 22 octobre 1984, une torchère était également à l'arrêt depuis six jours.
- Une cuve de réserve devait être vide, mais elle ne l'était pas. Il s'agissait là d'une habitude comme le dirent des employés.
- Un contre-maître qualifia les instruments de mesure comme douteux (unreliable) et admit avoir ignoré les alarmes initiales pour cette raison; il ignora même la jauge indiquant que la pression dans l'un des trois réservoirs de MIC s'était multiplié par cinq en une heure.
- L'usine n'avait pas de système de contrôle informatique comme sa soeur d'Institute. Les employés utilisaient leur nez et leurs yeux pour détecter les fuites, en contradiction absolue avec les directives : "Bien que les effets lacrymogènes du gaz sont extrêmement déplaisants, cette propriété ne peut pas être utilisée comme un moyen d'alerte du personnel".
- En raison de coupures budgétaires (l'usine avait régulièrement perdu de l'argent dans les dernières années), les exigences de formation, de niveau d'instruction avaient été singulièrement abaissés.
- Un an auparavant, également sans doute pour des questions budgétaires, le nombre d'employés par équipe de quart avait été réduit de moitié, de douze à six ("l'usine ne peut pas être conduite en sécurité par six personnes" déclara l'ingénieur chimiste qui avait été l'ingénieur principal au moment de la construction de l'usine).
- Les systèmes d'alarme étaient inadéquats à l'intérieur de l'usine (pas de différence entre son d'exercice et son d'accident réel, utilisation 20 fois par semaine) (172) et inexistant à l'extérieur (pas d'information du public, pas d'exercice). Les populations pensaient que l'usine produisait des "médicaments pour les plantes" et ne pouvaient imaginer que "médicaments" puissent aller de pair avec "danger".

Il aurait suffi qu'un seul de ces systèmes de sécurité fonctionne et le désastre aurait pu être évité ou suffisamment retardé pour que l'on ait pu prendre des mesures d'évacuation. Par exemple, avec le système de réfrigération la réaction avec le MIC aurait pris deux jours et non deux heures, selon l'analyse d'un responsable indien de l'usine.

Le plus tragique est qu'une procédure d'une simplicité élémentaire – mettre un chiffon humide sur le visage – pour sauver un nombre de vies incalculable. Mais personne n'avait jamais expliqué aux résidents locaux cette technique pourtant si simple.

A son retour d'Inde, Anderson changea complètement d'attitude. Sans doute fut-il repris en main par ses juristes qui lui firent quelques cours en matière de responsabilité d'entreprise. Toujours est-il que l'on enregistra un repli de Union Carbide; le siège pris ses distances avec sa filiale indienne, refusa d'explicitier ses liens avec cette dernière, essaya de minimiser ses participations (que l'on sut pourtant, très rapidement, égales à 50,9%), tenta d'expliquer que Danbury n'avait pas de contrôle sur ce qui se passait là bas, alors que l'on découvrit qu'il en allait à l'opposé, le siège exerçant ce contrôle librement. (174)

Les déclarations initiales de J. Browning, le directeur "sécurité-santé-environnement" de UC selon lesquelles l'usine de Bhopal était identique à son usine soeur d'Institute, étaient fausses, trompeuses pour le public en général et inquiétantes pour les voisins de l'usine américaine.

Dans une crise, un porte-parole doit être compétent et crédible. Browning n'avait pas les connaissances requises, ou ne vérifia pas les faits. Quoi qu'il en soit, il perdit vite sa crédibilité. Affirmer quelque chose ne suffit pas pour transformer la réalité. Union Carbide fit trop de déclarations qui s'avérèrent par la suite non fondées. Ainsi, l'identité des mesures de sécurité à Bhopal et à Institute. Au fur et à mesure que les défaillances de Bhopal firent surface, Anderson et Browning durent faire marche arrière. Mais leurs déclarations sur ce thème furent source de graves ennuis par la suite dans la bataille juridique (page 176).

Un responsable de UC témoigna devant une commission du Congrès et souligna l'attention prêtée à la sécurité des employés de la firme partout dans le monde. (175) Mais l'usine de Bhopal n'était inspectée que tous les trois ans environ. De ce fait, alors que le groupe confirma que des insuffisances graves avaient été identifiées en 1982, il admit qu'il ne savait absolument pas si des améliorations ou des corrections avaient été apportées par la suite.

Quand l'usine d'Institute fut ouverte aux journalistes, elle se trouva face à un barrage de questions sur les différences existant entre cette usine et celle de Bhopal : l'entreprise n'était pas préparée à ce type de questionnement.

Ce fut donc, pendant le premier mois, une attitude défensive sur le thème de l'identité des deux usines, de l'absence de contrôle exercé par le siège sur l'usine de Bhopal, etc.

Un mois après, la compagnie annonça qu'elle avait terminé la première phase de son analyse de l'accident, mais souligna qu'elle n'avait aucun résultat à publier. C'est alors que des révélations vinrent affaiblir encore la position du groupe :

- Warren Anderson admit, dans une interview à Chemical Week, qu'il était parti pour l'Inde pour prévenir les poursuites judiciaires.
- Un membre du Congrès (Henry Waxman) révéla l'existence d'un rapport interne de UC avertissant du risque de réaction d'emballement et de défaillance catastrophique.
- J. Browning reconnu qu'il connaissait le rapport mais qu'il ne l'avait pas fait suivre à Bhopal. (176). Il tenta de minimiser ensuite la portée de ce rapport, en disant qu'il ne traduisait qu'un scénario hypothétique, comme s'il fallait attendre que les hypothèses deviennent réalité pour passer à l'action.
- Browning déclara aussi que, plusieurs semaines avant la tragédie de Bhopal, des changements de procédures furent apportés à l'usine d'Institute précisément pour prévenir des réactions d'emballement. Pourquoi n'avaient-ils pas été apportés également à Bhopal ? La réponse de Browning fut que la question était sans fondement en raison des différences entre les deux usines... alors que le même porte-parole avait souligné jusque là l'identité entre les deux usines.
- On apprit par la presse que Union Carbide avait décidé de ne pas installer un procédé coûteux destiné à réduire le risque d'emballement. La réponse de Browning fut que l'entreprise ne pouvait justifier la dépense, et ce en dépit de la tragédie de Bhopal.

Trois mois après l'accident, Union Carbide tint une conférence de presse pour annoncer ses conclusions. C'est là qu'elle lança son ballon d'essai sur le thème du sabotage. Depuis, ce thème fut régulièrement mis en avant... mais il reste à apporter les preuves de cette assertion.

Cette conférence de presse fut aussi l'occasion pour UC de prendre le maximum de distance avec sa filiale en soulignant, comme Anderson le fit, "la litanie de procédures non conformes et d'omissions". Les conditions de fonctionnement étaient si mauvaises, dit-il, que l'usine de Bhopal n'aurait pas dû fonctionner. C'est encore à cette occasion que l'entreprise "révéla" ce qui était déjà connu, et en particulier le non fonctionnement des systèmes de sécurité. (177) Anderson déclara aussi que "la sécurité est de la responsabilité de ceux qui opèrent dans les usines" et que le non respect des règles de sécurité est une affaire locale"... ce qui était en contradiction avec ce qu'il avait lui-même affirmé quelques mois plus tôt : "Il faut bien que quelqu'un dise que nos normes de sécurité aux Etats-Unis sont identiques à celles qui existent en Inde ou au Brésil ou ailleurs encore. Les mêmes équipements, la même conception, la même chose sur tous les points (Same equipment, same design, same everything". Plusieurs témoignages de responsables de la filiale indienne firent remarquer, contrairement aux indications d'Anderson, que Danbury contrôlait directement ce qui se passait à Bhopal, et notamment les questions de sécurité.

Union Carbide perdit sa crédibilité, au point que le Sénateur Waxman déclara publiquement que l'entreprise était une source d'information sur laquelle on ne pouvait s'appuyer.

Dans un communiqué, Union Carbide affirma que le nombre de ses inspections de sécurité seraient triplées... mais elle refusa de révéler le nombre des inspections jusque là pratiquées. La question était notamment de savoir s'il y avait eu des inspections à Bhopal et pourquoi la situation s'était détériorée à un point tel qu'Anderson ait pu déclarer que l'usine n'aurait pas dû opérer. Il fut révélé plus tard que Bhopal payait un service d'audit de sécurité au groupe.

Un responsable de Monsanto déclara que l'événement était impensable, jusqu'à ce qu'il advienne. (178) C'est là une déclaration naïve et fausse. (179)

Dans un numéro spécial, Chemical & Engineering News (vol. 63, n°6, February 11, 1985) rappela le discours de Warren Anderson en mars 1984 devant le Chemical Industry Institute of Toxicology :

"Public opinion about chemicals and the chemical industry is not likely to change very much if all we offer are public statements about our good intentions. What the public needs to see are the actions of an industry determined to operate responsibly and regain the public trust. We've learned how to detect the presence of substances in minuscule amounts. But we have not done very much to explain the implications for the public health and safety". (Warren Anderson, speech before the Chemical Industry Institute of Toxicology, Research Triangle Park, North Carolina, March 1984).

Pour récapituler, quelles furent les erreurs de Union Carbide lors de la tragédie de Bhopal ?

- Elle ne sut pas identifier la crise.
- N'ayant pu le faire, elle ne sut ni l'isoler ni la gérer.
- Elle n'avait pas de plan de crise.
- Elle adopta une mentalité bunker.
- Ses communications furent inappropriées, trompeuses et sans crédibilité la plupart du temps. Elle ne donnait pas d'informations; elle ne confirmait, démentait ni ne commentait les informations généralement acceptées; elle ne donnait pas d'interviews.
- Son équipe d'enquête ne fit que révéler des données déjà disponibles dans les médias depuis des mois.
- Les incohérences, inexactitudes et rétractations devinrent la règle plus que l'exception. (180)

L'accident d'Institute

Il survint le 11 août 1985 et obligea à hospitaliser 135 personnes. En voici les points principaux :

- Union Carbide souligna immédiatement – et sans doute sans savoir réellement – que tous les systèmes de sécurité avaient parfaitement fonctionné, et que des alertes appropriées et promptes furent données aux responsables locaux et aux résidents. La fuite survint à 9h24 un dimanche matin, mais les responsables de l'usine attendirent 20 minutes avant d'avertir les responsables locaux et 36 minutes avant de déclencher la sirène d'alarme.
- Pendant une bonne partie de la semaine suivante, les responsables de Union Carbide ne surent pas quel type de gaz avait fui, même s'ils pensaient le savoir. Ils firent état d'oxime aldicarb "irritant mineur pour les yeux et les poumons"... avant que l'on apprenne que des 2/3 du gaz échappé était du chlorure de méthylène, toxique pour le système nerveux. Et il y avait 23 autres gaz dangereux, dont certains à effets retard, ce qui n'empêcha pas J. Browning de déclarer qu'il n'y avait aucune raison de craindre des effets à long terme.
- Un système informatisé d'alerte rapide avait été installé en mai 1985, à la réouverture de l'usine qui avait été arrêtée après Bhopal. (182) Mais ce système ne fonctionna pas lors de l'épisode du mois d'août, tout simplement parce qu'il ne fut jamais programmé pour opérer sur le cas des gaz concernés, en particulier l'aldicarb. Sachant cela, un opérateur fit travailler l'ordinateur (qui calcule le comportement du nuage) sur l'hypothèse d'une fuite de MIC, beaucoup plus léger que l'aldicarb. Le modèle montra que le nuage resterait au dessus de l'usine et se dissiperait, ce qui ne se passa pas puisqu'il s'agissait d'un gaz plus lourd.
- Le responsable de la division concernée chez Union Carbide mit en cause le système informatique, incapable de détecter l'aldicarb, ce qui constitue un contresens sur le fonctionnement même du système, qui doit recevoir de l'opérateur l'indication de la nature du gaz avant de pouvoir opérer, et ce quel que soit le gaz. (183)

Le 23 août, Union Carbide rendit public un rapport interne sur l'accident, qui révéla encore une série de violations flagrantes des règles et procédures : alarmes ignorées ou mises hors services, et ce de façon renouvelée; indicateurs ne niveau non réparés, alors que bien connus pour être hors service, etc. (184)

Après Bhopal, Union Carbide fut critiquée pour son silence. Après Institute, ce fut l'opposé : une abondance de communications, mais pour une grande part de mauvaise qualité et trompeuse :

- Le porte-parole de Union Carbide (Dick Henderson) mit en cause l'ordinateur qui n'y était pour rien (l'usine ne l'avait pas programmé correctement). (185)
- Le même porte-parole déclara que la sirène fut immédiatement actionnée et que la plupart des gens restèrent à l'intérieur de leur domicile. Une enquête révéla que sur 254 voisins interrogés, 40 entendirent la sirène. 144 apprirent l'événement de par leur exposition à la fuite.

- Le plan d'urgence local avait prévu, après Bhopal, que Union Carbide détacherait un responsable au centre de crise local, mais personne ne vint.
- Alors même que UC pensait avoir affaire à de l'aldicarb oxime, présenté par elle comme un "irritant pour les yeux et les poumons", la classification interne plaçait ce produit en classe 4, c'est à dire dans la même catégorie que le MIC. En classe 4, UC regroupait des produits capables de causer des cancer, des malformations congénitales, des dommages génétiques, des désordres du système nerveux, etc. [Et cependant, UC affirma immédiatement que la fuite n'entraînerait aucun effet à long terme].
- Tentant de minimiser la gravité de la fuite, le porte-parole fut cité comme ayant déclaré : "You don't close the whole operation because of a little hysteria over a little leak" (Los Angeles Times, August 13, 1985).
- Un ancien employé de UC, et commandant de la caserne de pompier d'Institute fut cité par le Los Angeles Times : It was really pathetic the way Carbide handled it. If it has been a strong concentration of chloride or MIC, it would have killed everybody. And then they tell you to trust them" (Los Angeles Times, August 13, 1985). (186)

En dépit des assurances de l'entreprise selon lesquelles il n'y aurait pas d'effets à long terme, le Département de la Santé de l'état de Virginie occidentale annonça qu'il conduirait une étude sur les 135 personnes qui furent traitées à l'hôpital.

Un scientifique appartenant à un groupe de défense de l'environnement déclara : " This time the lessons cannot be brushed aside with aspersions about the inefficiency, corruption and lack of technological sophistication of Third World workers and managers"(Wall Street Journal, August 14, 1985). (187)

Deux jours après la fuite à l'usine d'Institute, une autre fuite eut lieu à l'usine Union Carbide de Charleston Sud en Virginie Occidentale. Environ 1000 gallons de produits chimiques mineurs en comparaison de ce qui avait été déversé à Institute furent répandus. Seuls 4 résidents durent être traités pour irritation oculaire et nausée.

Le 26 août, dans la même usine, il y eut une nouvelle fuite. Il n'y eut pas de victimes, mais on eut quelque chance : à 2, 5 km de là 60 000 jeunes participaient à un concert en plein air.

Le 28 août, Anderson annonça un programme de sécurité et d'environnement pour un coût de 100 millions de \$, et la suppression de 4 000 emplois : ces 4 000 employés découvrirent ainsi le coût d'une crise, les effets d'une crise mal gérée. (188)

Dans un article, " Crisis management at Carbide", le New York Times expliqua que la compagnie was "trying to strike a difficult balance between the instincts of human compassion, the demands of public relations, and the dictates of corporate survival" (NY Times, December 14, 1984). Pour les relations publiques, ce fut un échec; les considérations humanitaires ont laissé place aux impératifs légaux. Quant à la survie de l'entreprise... (189)

Dumfries and Galloway Regional Council (Neil McIntosh, Chief Executive)
Lockerbie – A local authority response to the Disaster
 November 1989
 (Dumfries and Galloway Regional Library Service, Catherine Street, Dumfries DG1 2JB)

RESUME

Une catastrophe telle celle de Lockerbie doit donner lieu à une énorme mobilisation, guidée par deux stratégies : assistance totale aux services en première ligne; travail en liaison étroite avec les populations, informées et impliquées. Aide structurée et compétente des populations.

LOCKERBIE, 21 décembre 88

Avion : 259 morts; au sol : 11 morts, 5 blessés, 21 maisons détruites, 350-400 évacués, cratères, réseau d'eau touché, etc.

3 500 habitants; 2 500 sauveteurs; 1 000 journalistes

Remarquable prise en charge des victimes

1. Avion :

- accueil des proches par des travailleurs sociaux (180 visites);
- gestes forts pour ceux qui ne purent venir : envoi de cartes, dépose de fleurs aux lieux de crash
- présence humaine lors des relevés de police

2. Ville :

- aide : présence, numéro d'appel, dépliants sur les réactions au drame, fonds de secours (300 kF)
- organisation: bureaux facilitant approche globale des problèmes et bureaux à joindre
- consultation forte : non seulement "comment vous aider", mais : "comment voulez vous que nous reconstruisions"
- tact : discrétion, atmosphère humaine (on consulte avant de faire venir les bulldozers)

Innovations

1. Comité de Liaison. pour connaître les besoins

- 24-25 décembre : principe adopté : Elus du Conseil Régional + représentants de groupes locaux
- 25-26 décembre : liste des groupes locaux; représentants contactés;
- 27 décembre : réunion de 100 personnes; groupe exécutif nommé; problèmes identifiés (besoins urgents, aussi bien que protection vis-à-vis de la presse, ou place dans les offices).

2. Bureau de Liaison

- 26 décembre : idée d'un bureau, émanation du Conseil Régional, pour aider et encourager les groupes locaux à mettre en œuvre leurs propres projets, pour constituer un point d'accès unifié aux multiples instances : "la face humaine d'un énorme système".
- Publication d'un bulletin; activités pour les enfants; vacances;
- Mi-janvier : transformé en réseau communautaire, ayant toujours vocation à éviter la fragmentation des aides

3. Principes de gestion

- Un noyau central de trois personnes : les têtes du Conseil Régional
- Un groupe de co-ordination : les leaders des équipes, détachés de leurs affectations bureaucratiques ordinaires, mis à disposition du Président du CI Régional, au service de la lutte globale
- Flexibilité, Anticipation
- Unité géographique : tous les services relocalisés sur place, pour éviter l'impression de décisions lointaines et favoriser la communication et la coordination
- Retrait des dispositifs dès que non indispensables, pour ne pas éterniser le climat d'exception
- Implication de la communauté locale : dès le 3ème jour, sentiment d'être tenu à l'écart
Non seulement consultation, mais implication : les aider à mettre en œuvre leurs propres souhaits
- Tact et humanité à tout niveau

Debriefing

- Perçu très tôt comme une nécessité; demande des tableaux de bord, notes, etc.
- Rapport de situation 2 fois par jour demandé à chaque section d'urgence
- Janvier : rapport demandé à chaque service
- 7 février : lettre à toutes les associations pour observations

– 4 mai : séminaire

Améliorations nécessaires identifiées

1. Alerte et mobilisation : problèmes pour mobiliser le secteur associatif : contacts à préparer et hiérarchiser
2. Communications : avoir identifié moyens supplémentaires, priorités à servir; former les gens à ces matériels; utilisation des radios-amateurs
3. Hébergement centre de crise : lieu unique capital
4. Population locale : non seulement "informée" mais on lui donnera la responsabilité du retour à la normale; identifier très vite les ressources locales, pour ne pas importer de l'aide inutile, très mal ressentie localement; forts besoins de liens, et cela à long terme. Appui fort aux associations locales.
5. Médias : nécessité d'une bonne réponse, qui suppose bonne coordination entre services, notamment pour éviter dérapages dont auront à souffrir les victimes
6. Gestion du stress : mise en place d'une ligne d'appel, distribution de dépliants "Comment faire face à une crise majeure ? "; faire appel à des professionnels, au secteur associatif; suivi à long terme nécessaire.
7. Gestion du personnel : relèves à organiser, stress à surveiller.
8. Finances, Administration : avoir là aussi une préparation : des formulaires déjà prêts, des procédures standards
9. Fin de crise : ne pas prolonger l'état d'exception
10. Débriefing : nécessaire

DEVELOPPEMENTS

SECTION 1

INTRODUCTION AND BACKGROUND

1. Quelques éléments généraux

- 21 décembre 1988, 19h04; 259 passagers et membres d'équipage; 11 résidents tués; 5 blessés.
- Impacts importants au sol; 21 maisons détruites, un réservoir de diesel enflammé (3 300 gallons); feu au sol, boule de feu en raison du carburant de l'avion et des pièces de l'appareil; pollution et risques d'explosion en raison des terrains imbibés de kérosène. Autoroute touchée. Réseau d'alimentation en eau touché. Evacuation de 350-400 personnes du fait des risques d'explosion.
- Incertitude : au début, le centre de crise crut que deux avions étaient entrés en collision, qu'une localité à 30 km de Lockerbie avait aussi été touchée. (11)
- Enormité : 170 000 photocopies en deux mois, 2 300 sauveteurs (pour une population de Lockerbie de 3 500 personnes); et presque autant de personnes en appui, recherches sur une énorme superficie (de la mer à la mer).
- Centre de crise : l'école (Academy), très rapidement choisie, la nuit même, dès qu'on sut qu'elle était intacte. elle pouvait accueillir 900 élèves : là, possibilité de faire travailler tous les services à proximité les uns des autres; capacités de communication, qu'il a fallu renforcer : 15 lignes dans la nuit, 208 en plus dans les quelques jours qui ont suivi. (13)

– Une attention extrême fut accordée au soutien psychologique des intervenants et de la population.

"The fact that so many of the victims had little or no previous connection with Lockerbie made this Disaster so unique in many ways. The paramount desire of the bereaved was, urgently, to visit Lockerbie (...). It was clearly essential that the needs and aspirations of the next of kin and friends of the victims had to be addressed. It was also necessary to ensure that the bereaved were supported, so far as possible, during this most distressing time." (27)

Au centre de crise, une des lignes de téléphone fut réservée au personnel pour des appels privés (One of the lines was used for courtesy calls especially to allow individuals to make essential contacts so as to allay unnecessary worry amongst relations and friends p. 18).

– Une implication "politique" des victimes

"The relatives concerned have been consulted on all major issues as and when the need arose". (27)

– Présence pour les parents et amis des passagers

There were some 180 visits from the bereaved between 23 December and 7 January. Generally, Pan Am provided or arranged transport for the bereaved to the United Kingdom and then to Lockerbie. Close liaison with Pan Am was maintained on a daily basis on all aspects of transport and reception. Social Workers were present at Scottish airports to accompany the bereaved on the coaches bringing them to Lockerbie.

Accommodation was arranged (by Pan Am/Social Work) for relatives requiring longer stays at hotels. A Social Worker stayed at each hotel to offer assistance and support if needed.

Experience showed that visiting relatives had certain needs in common. Many wanted and needed to talk amongst themselves and with others and opportunities to do this were provided in the hotels and at lounges in the Academy. (27)

De même, pour les entretiens avec la police, nécessaires pour établir les identités, les proches furent soutenus.

"Support and assistance during these interviews was another key issue addressed during the initial phase of the response. Special arrangements were made at the Academy where these interviews were undertaken. A large reception room was made available where next of kin could, in the first instance, be received by Social Workers. The two interview rooms were specially furnished with screens, tables, and easy chairs.

A lounge was set aside in a part of the Academy remote from the main centres of activity for the bereaved who wished to just sit and be alone with their thoughts. The rooms were furnished with easy chairs and tables, screens and flowers to soften the formal school atmosphere. Social Workers, the Clergy and helpers from other agencies were available if requested. Refreshments were provided.

Steps were also taken to enable visits to the specific locations in the Incident Control Centre to be made in some privacy. The route from the entrance to the Centre was away from the very busy main office areas. Press were denied access to the Control Centre and no details of impending visits were made known to them. The formal 'school' atmosphere in corridors and stairways was alleviated, to some extent, by the provision of potted shrubs and floral decorations.

– Autres gestes :

The Community Liaison Office (and latterly the Community Support Group) became a focal point for fulfilling various requests made by the bereaved. Some examples are :

- * those who could not visit Lockerbie asked for flowers to be laid at memorials and near to places where victims bodies were found;
- * requests for mementos from the sites of impact were met;
- * maps were provided showing where the bodies of loved ones were located;
- * help was given to those who were seeking particular items of luggage they believed were carried by victims;
- * additional copies of death certificates were provided at no cost to the next of kin. (28)

– Deux groupes indépendants de support aux victimes furent mis sur pied par les victimes elles-mêmes. (28-29)

2. Support aux habitants

- Prise en charge des 350-400 évacués (beaucoup sont allés chez des amis et parents).
- Gestion des appels téléphoniques. 300 appels avant minuit, dirigés sur le Conseil Local et pris en charge par des officiels et des volontaires.
- Mise en place d'une ligne d'appel 'helpline', 24h/24, le 24 décembre.
- Mise à disposition immédiate de fonds de secours : 30 000 Livres.
- Visites des Social Workers dans les zones les plus affectées pour évaluer les besoins.
- Mise au point et distribution du leaflet "Coping with a Major Personal Crisis", qui fut distribué par le Community Liaison Office dans la ville et à ceux qui étaient impliqués dans le travail sur le terrain. (31-32)

– Deux soucis majeurs : percevoir les besoins; donner place au souhait des personnes concernées de conduire aussi les mesures prises.

This initiative sought to address two main issues :

- * how to obtain the views of the Community on how the Council should direct its activities on the wide range of issues presented by the affects of the Disaster – this led to the creation of the Community Liaison Steering Group, and
- * how the Council could act in support of the Community which clearly wished to take the lead in its own recovery – this led to the development of the Community Liaison Office and latterly the Community Support Group. (32)

– The Community Liaison Steering Group (Comité Local)

On the 24 December consideration was given as to how such a Group could be constituted and what its role should be. It was agreed that in addition to the Elected Members for Lockerbie (...), it would be essential for the Group also to include representative of the Community. During 25 and 26 December lists of all community groups in Lockerbie and the surrounding area were compiled. Representatives were contacted and invited to an open meeting which was held on the afternoon of 27 December.

The meeting was attended by over 100 individuals who, in addition to nominating representative to the Steering Group identified 27 separate issues requiring attention. (32)

Examples (Appendix 1):

- * The urgent need for meetings of residents of the most affected areas and the needs for transport to and from meetings
 - * The need for a meeting place for residents of the most affected areas. The meeting should have a Social Worker available.
 - * A needs/resources list was required to match offers of help with individuals and general needs.
 - * Feelings were expressed regarding the presence of the media and the result of the pressures and intrusion on the lives of residents.
- (Answers : "While there was little the Council could do with regards the attention of the world's press and media it was hoped that through maintaining good relations with the press and by handling enquiries centrally any personal pressures might be reduced. When a particular difficulty was experienced by an individual, steps were taken to persuade journalists that their attention were causing distress.)
- * A number of issues relating to children were raised. Advice was required by parents and teachers on the way to handle childrens' reactions to the Disaster.
- (Answers : Prior to the return of children to school, Social Workers and Educational Psychologists met with the teaching staff concerned how the effects of the Disaster might be manifested in childrens behaviour and how issues of stress might be addressed.)
- * Frustration was expressed that local organisations and resources had been overlooked in the response to the Disaster. It was also felt that the relatives and friends of the aircraft victims were being kept away from townspeople.
- (Answer : A principle aim of the Community Liaison initiative was to involve the community i the recovery process.)
- * A desire was expressed that local people should be given priority at the Memorial Service.
- (Answer : the Community Liaison Steering Group met on 31 Dec. and 3 Jan. to discuss and arrange the allocation of tickets to the community).
- * The policy fo sightseers required attention
- (Answers : Steps were taken to screen the site. Access to all severely damaged areas was restricted).

- The Community Liaison Office

Ce fut une émanation du Conseil Régional, soucieux de répondre au mieux à la demande des citoyens de participer à l'action générale.

On 26 December, in conjunction with the work directed to setting up the Steering Group, a small group of the Regional Council staff met under the direction of the Assistant Chief Executive to consider how best the Council's resources could be used to assist the community in its own recovery.(32)

That meeting led to the establishment of the Community Liaison Office based in the Library in the High Street. It was considered that the Academy was an inappropriate location given the necessary security associated with the Incident Control and its relative remoteness from the town centre.

The Liaison Team was led by staff from the Council's Community Education service who where selected for their individual skills and qualities. The main purpose of the Office was to provide resources to allow the numerous volunteers and community groups to function and to promote and encourage community initiatives.

The Liaison Office was also intended to provide the Community with a 'one door approach' to all the agencies dealing with the after effects of the Disaster. The team selected had the necessary skills and local knowledge to assist callers either directly or by referral to an appropriate third party. The Team represented the 'human face' of the large and complex emergency response and had a remit (comme attribution) to assist the Community in its self help. In a very short time Team members became assimilated in the overall Community effort and their ability to assess the hopes, fears, difficulties and needs of individuals and the Community generally was an important asset in the continuing response.

Even though the Library was situated in the middle of town and accessible to most people, a broadsheet, "Community Update", was produced to complement the noticeboard and to disseminate important information throughout Lockerbie and the surrounding areas. The first Community Update was produced on 27 December and delivered by volunteers to most homes in and around Lockerbie.

In addition to organising meetings and providing a channel of communication the Community Liaison Office assisted the Community in a wide variety of ways including organising holidays and short breaks, children's days out, visits to pantomimes and football matches, and distributing goods and produce which were donated following the Disaster.

Large number of people visited the Office and sought assistance in matters which were of concern to them. Callers included both local residents and the bereaved. Their concerns were refered to appropriate agencies and by this means the Regional Council was able to further assess needs arising in the Community.

- The Community Support Initiative

By mid January it became apparent that the initiatives being pursued by Social Work and the Community Liaison Office together with those of other local community groups, while successful to differing degrees, would benefit from a more co-ordinated approach. It was also recognised that there would be a need for support of this nature to be provided in the longer term.

Un gestionnaire fut mis à disposition par le Conseil; des discussions approfondies furent menées avec les multiples parties prenantes, dont naturellement les groupes communautaires, pour mettre au point un schéma d'organisation.

The Community Support Network was designed to obviate professional bias, to avoid fragmented delivery of support and to ensure that the Group addressed these important issues as a team. (33)

Any group or agency unable to cope with the volume of the work being received is able to call for assistance from other groups.

3. Nettoyage, réparation, restauration, reconstruction

Deux points immédiatement perçus : tâche considérable et sur longue période; réclamant priorités. Tact aussi dans ces activités.

From the early hours of 22 December it became clear that the devastation caused by the impacts of the destroyed aircraft on Lockerbie was considerable. It also became clear that measures for repair and restoration would have to be phased over several weeks, and indeed in some cases over several months. An assesmente of priorities would be required.

It was also appreciated that many of the issues that had to be addressed would be most sensitive and distressing to those who had been directly affected and harrowing ("retournant") for those who would be involved in the task ahead. (37)

As a precaution, radiological tests were made on the water supply because the destroyed Boeing 747 aircraft used depleted uranium as ballast in it wings' control surfaces. Assurances were received that the depleted uranium so used in aircraft was harmless and all tests showed that the water supplies came within World Health Organisation limits. A later survey of the damaged sites at Lockerbie revealed no residual radiation (38).

- To a great extent, the crater became symbolic in the public's perception of the Disaster. The issues raised in connection with the crater were perhaps some of the most complex that faced the Community and the Council's Emergency Unit in the weeks that followed the Disaster. These issues are summarised as follows:

- * it was clear that the requirements of the investigations meant that the area would be restricted for some time;

- * the owners of the land concerned had died in the Disaster as had other close neighbours;

- * neighbouring properties had also been directly and significantly affected by the trauma and residents clearly required time to recover sufficiently before being asked to decide on their own future plans;

- * there was a considerable resentment within the Community generally at what was seen (justifiably or otherwise) as excessive media interest in Lockerbie and at (that precise place) in particular;

General principles for the restoration of the area were agreed through consultation with individuals, residents groups and the Community Liaison Steering Group as follows :

- * the crater should be infilled as soon as possible to a specification that would permit housebuilding should that be desired at some future time;

- * every effort should be made to reduce public and media intrusion as quickly as possible.(40)

4. Long terme

It was also recognised that the opportunity to enhance the local economy and environment should be maximised and to some extent "compensate" for the terrible tragedy. (43)

5. Médias

It is estimated that well over 1,000 media representatives visited Lockerbie. The scale of the tragedy, it's international dimensions and occurence just before the Christmas and New Year holiday ensured that the Disaster was at the forefront of the world's news for some weeks. (53)

6. The debriefing process

Early in the response to the emergency it was appreciated that the scale and circumstances of the Disaster were unique and that the experience gained in handling the response would be of value to those involved in responding to other emergencies. In recognition to this it was considered essential to 1) record all relevant data and information, 2) arrange a debriefing process where issues could be identified from the large number of agencies and individuals involved in the response and 3) prepare material for the presentations that a number of organisations were requiring.

The fact that the response to the Disaster by the Regional Council and the other Services and Organisations would be of interest not only to the Council bu also to a wide spectrum of emergency planning and other interests was addressed through the Debriefing process.

The process developed in four main ways being :

- 1) Collation of records, data and other information by the Emergency Control Centre

- 2) liaison with the Scottish Home and Health Department on requirements to satisfy national and international interests,

- 3) collation and analysis of information and comment from other, principally non-statutory, organisations on how the response was handled and arranging a seminar at which these issues could be discussed,

- 4) responding positively to invitations to address a variety of seminars and conferences arranged by other bodies.

Publication of this report, it is hoped, will also contribute to this debriefing process.

In the early days of the emergency position reports were sought from each Section of the Emergency Unit twice daily. The reports detailed current works in hand and issues being addressed. (69)

In January each of the Council's Heads of the Departments were required to submit reports on the involvement of their Department and staff in the response. On 7 February letters were issued to all voluntary organisations and other bodies or persons who had played a key role in the response inviting them to submit written comments on their involvement and that of the Regional Council by the end of that month.

Arrangements were made to hold a seminar in the Council's offices on 4 May 1989. Between February and May certain organisations that had responded were invited to meet with the Chief Executive and other staff to discuss particular issues raised in their submission. (70)

SECTION 2

THE MANAGEMENT OF THE RESPONSE

1) Principles

On reflection, the process of management was not analytical or considered but rather a sequence of constant decision-making, delegation, monitoring and review which went on minute by minute, hour by hour, day by day. There were, however, clear principles running throughout the response which were fundamental to the manner in which the Council's services reacted and which were largely an extension and development of the management objectives of the authority.

The basic principles were :

– Maximum Support for the Emergency Services and Police Incident Control

The objective was to ensure that those concerned could concentrate their efforts and resources upon the task in hand without having to divert their attention to issues such as feeding, accommodation, supplies, administration and the whole myriad of support services which were essential to their effective operation.

– Policy of Total Co-operation

In the normal course of management operation it is possible for barriers, formal and informal, to exist between organisations and within organisations which obstruct the free flow of communication and co-operation. In order to achieve mutual support it was considered necessary to pursue a clear policy on the part of the Council's services, founded upon total willingness to assist and facilitate the work of the other services and organisations engaged in the response. Experience has confirmed that there is simply not the time in a major emergency to sustain the 'normal' official channels of communication and administration. (81)

2) Team Approach to Central Management

The order to achieve effective, responsive and consistent central direction and co-ordination the central management was based upon the following principles :

* A Central Management Core, of three persons.

They had the benefit of working as a team in normal course and were able to provide cohesion to the management direction of the response and to overlap in a way which ensured 24 hours cover where required in the initial weeks of the disaster. Additional cover was given by the (2 other officials).

* A Co-ordinating Management Team.

It consisted primarily of the leaders of the major teams engaged in the response. Those who were involved in the central management structure were hand-picked for their personal qualities and for their ability to assume and exercise responsibility within the objectives set by the Chief Executive.

In order to ensure immediate response and effective delegation and decision-making the group leaders were detached from their departmental positions and reported directly to the Chief Executive with powers to draw upon the resources of all Council departments as necessary to sustain the effort at Lockerbie. This was carried through with the whole support and cooperation of the Service Directors.

* Central Reporting Line to the Chief Executive

* Flexibility and adaptability of the control structure to meet changing circumstances

Throughout the main phases of the response the control process was adapted to meet the developing situation with the accent upon flexibility and delegated responsibility. All staff involved were expected to exercise personal initiative and discretion, regardless of their standing or status in the normal hierarchy of the Council's services. The operational responsibility for co-ordination and management was undertaken by the Assistant Chief Executive.

* Constant process of forward planning and assessment.

3) Central Location of Support Services

(...) a policy decision was taken to locate in Lockerbie the various Regional Council services concerned with the response to the disaster. This was considered to be a major principle which was designed to ensure that the services were readily accessible to one another and to the community, to ensure that lines of communication were as short as possible, and to avoid any impression of 'remote' decision-making. This principle was applied through all services whenever possible and, indeed, included administration of contributions to the Trust Fund which were banked, processed and acknowledged in Lockerbie itself.

This policy paid substantial dividends, greatly aided by the availability of Lockerbie Academy which permitted the many services to be accommodated in immediate proximity to one another.

The ready accessibility, immediate and direct contact and effective co-ordination which could be achieved by location of the major public, private and voluntary service in the one location was a significant and central feature to the ongoing response to the disaster. (82)

4) Phased Withdrawal Policy

Although it was necessary to direct major staff resources to Lockerbie in the immediate aftermath of the disaster, it was also recognised that it was imperative to withdraw progressively from the town as soon as circumstances could permit. This recognition stemmed from the underlying anxiety that the community would feel itself swamped and that the restoration of community life might be hindered by as surfeit of 'helpers', however well-intentioned, who might tend to remain longer than was absolutely essential.

Accordingly a phased withdrawal policy was established at very early stage. The necessary level of staff resources was reviewed upon a regular basis and support levels were run down in accordance with changes in the pattern of need.

5) Involvement in the Community

A large local authority tends to have access to significant resources in terms of staff, plant and materials which it can bring to bear upon emergency situations – almost to the exclusion, at times, of local community organisations and individuals. Because of the intensity of the initial days of the disaster it was necessary to concentrate upon the use of public service resources but it became clear by the third day, that there was a frustration and indeed a certain resentment within the community that they were not being given the opportunity to be involved in a meaningful way in the restoration of the town and in the support effort.

In the knowledge of the growing concern an immediate policy decision was taken to involve members of the community in every possible way – not simply in helping the local authority services but in leading and guiding them in their response to local needs.

Personal, Sympathetic and Compassionate Approach to Service Delivery at all Levels

This is the prime, all-embracing principle which the Regional Council has sought to apply to all aspects of service delivery. In the knowledge that the air disaster has brought personal tragedy, shock and sorrow to many thousands of people in Lockerbie and throughout the world the staff of the Council have endeavoured to express through their words and actions the sympathy and the concern felt by all those who have watched helplessly from a distance. (83)

SECTION 3

THE RESPONSE : AN ANALYSIS AND APPRAISAL

A) MEASURES TAKEN IN THE RESPONSE

1. Call Out and Establishing Emergency Centre

La mobilisation des services d'urgence s'est bien faite, et, compte tenu de l'heure, celle du Conseil n'a pas été mal réalisée. Cependant, il apparaît que toute planification d'urgence devrait examiner avec soin les points suivants :

- les procédures de mobilisation des personnels et du secteur associatif;
- les mobilisations devraient se faire selon les besoins, avec recours à la formule du standby;
- les répertoires de contacts devraient être compilés et régulièrement mis à jour, et testés;
- il faudrait explorer l'utilisation de systèmes de communication alternatifs;
- il faut définir clairement et à l'avance les personnes clés du Conseil Régional qui devraient former le noyau du système de réponse, et donc se présenter automatiquement, et ceux qui pourraient être inclus selon les besoins à un stade ultérieur;
- il faut penser à des officiers de liaison pour faire les ponts nécessaires entre le bureau régional de crise et les services d'urgence. (87)

2. Communications

Des problèmes de liaison entre services se sont posés durant les premières phases de la réponse. Les points suivants doivent faire l'objet d'attention :

- les équipements existants ont toute chance d'être débordés tout particulièrement dans les premières phases, et il est donc nécessaire de pouvoir disposer d'équipement d'appoint qui doivent être immédiatement disponibles ou au moins rapidement accessibles;
- les services et organisations dont les besoins pour de tels équipements sont considérés comme immédiats devraient être identifiés dans toute planification d'urgence et la nécessité de répondre à ces besoins clairement identifiée;
- il faut un apprentissage des personnels clés à l'usage de ces équipements;
- les radio-amateurs devraient être considérés comme partie intégrante du système d'urgence;
- dès qu'un minimum de capacités ont pu être réunies, il faut songer à mettre en place des lignes spécifiques.

3. Hébergement du centre de crise, support général

Observations :

- l'autorité locale doit jouer un rôle clé pour tout ce qui concerne la logistique (logement, nourriture, etc) de ce type d'urgence;
- le recours à un lieu unique est capital; (88)
- il faut tenir compte de certaines exigences en matière de discrétion (pb mortuaires), de sécurité; de ce fait, il faut peut-être trouver d'autres lieux pour les groupes de liaison, mais il faut alors y penser très tôt dans le processus.

4. Community Involvement and Support for the Community and the Bereaved

Observations :

- it is imperative that the community not only is allowed to represent its views adequately to allow the Council to respond to its needs, but that the community itself should as far as possible take the lead in its own recovery. The Council should seek to act in support and co-ordination of the community's own initiatives;
- in such circumstances, there will inevitably be the possibility of feelings of frustration and resentment within the community. The actions of the Council and its support staff should recognise this at all times and seek to deal with all matters in a most sensitive and understanding way;
- cet appui doit se poursuivre dans le temps, bien au-delà des premiers éléments de réponse comme la reconstruction;
- the resources available within the community should be identified at the earliest possible time and fully utilised; (89)
- the bereaved will have special needs and demands (such as detailed information on those who are lost and place and time to express grief) and require comfort and guidance in most difficult personal circumstances which will need particular consideration. In the longer term, the need for links with the local community may require help and assistance to develop.

5. Voluntary Organisations

Observations :

- the role of the voluntary sector in any emergency is significant not only because the organisations concerned have resources and expertise in areas where the Regional Council's staff do not, but also because many of the personnel come from the community that the response seeks to support. Accordingly, it is considered essential that the voluntary sector is directly involved in the Council's future planning for emergencies and that close liaison continues and is regularly maintained;
- during any emergency response, regular briefing meetings are held with the voluntary sector to ensure that their available resources and expertise are not only drawn to the attention of the other agencies concerned, but also to ensure that these resources are delivered in a co-ordinated and comprehensive way to the benefit of all those who require them;
- the voluntary nature of the organisations concerned should be recognised and their requirements in terms of equipment, supplies and other support should be accepted, as it was in the response to the Disaster, and included in the Council's policy of total support to the whole operation;
- the scale and the range of emergency support services which can be provided by the voluntary sector was not fully known to the local authority; there is a need to ensure that this information is available and incorporated into future emergency planning. (90)

6. Les Médias

It became apparent that the intense media interest at a time of great difficulty for the Community in and around Lockerbie led to some tension and frustration. Individual experiences of the way in which the media or certain small sections of it conducted themselves range from "polite" to "insensitive and aggressive".

General conclusions :

- the maintenance of effective working relationships with the media in such a situation is essential;
- the Council has a significant role to play in responding to media enquiries in such circumstances. Close liaison with and exchange of information between, particularly, the main services of Police, Fire and Health Board is essential particularly in the immediate aftermath of any disaster or emergency in order that full and accurate information can be speedily given not only to the media and so to the public generally, but to others who may seek

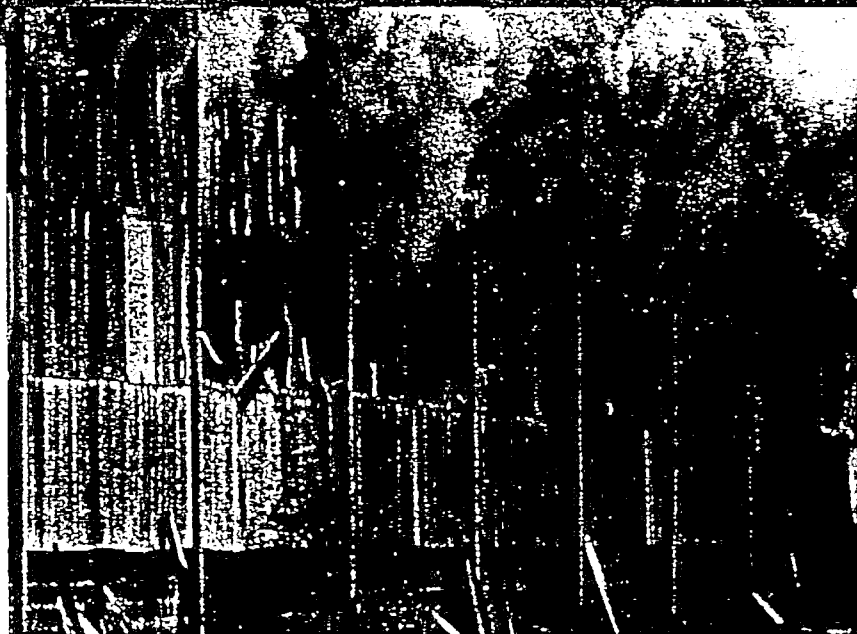
■ situation de Crisse

OBJET D'ETUDE LE NUAGE TOXIQUE DE NANTES EXEMPLE D'UNE CRISE BLANCHE

Il y a divers obstacles à la connaissance des situations de crise. Les responsables qui ont été en première ligne et qui ont soudain découvert la complexité de telles situations, redoutent les effets d'études conduites en référence à une gestion idéale.

Les autorités de tutelle, qui craignent qu'à cette occasion ne soient révélées de multiples « erreurs », sont encore moins favorables à ce type d'investigations. Quant aux chercheurs qui ont réussi à passer outre ces difficultés et qui disposent de résultats d'enquête, ils sont tentés de s'auto-censurer pour éviter toute manipulation¹.

Il résulte de ces différentes attitudes une mauvaise connaissance de situations de crise récentes et clairement identifiées, ce qui a pour effet de soumettre chaque cas à des rumeurs alimentant de sourdes polémiques.



Or, il semble aujourd'hui possible de rompre avec des comportements guère compatibles avec une approche raisonnée des crises. Tout d'abord, les responsables et leurs autorités de tutelle doivent admettre que la gestion d'une crise majeure n'est pas, comme on tend à le faire croire, une « épreuve de vérité », mais plutôt un apprentissage sur le tas d'un savoir-faire en cours d'élaboration (voir à ce sujet le check-list proposé par Patrick Lagadec) et qui se construit essentiellement en fonction de leur propre expérience. Ces responsables et autorités doivent aussi admettre qu'un chercheur analysant une crise, ne s'interroge pas a priori sur la qualité

de la gestion dont elle a fait l'objet. Ce qui l'intéresse avant tout et dans un premier temps, est de déterminer par quels moyens est assuré un retour à la normale. A ses yeux, aucune procédure n'a plus de valeur qu'une autre et s'il vient à constater une réponse apparemment aberrante à une situation donnée, il la prend en compte telle quelle dans son analyse en essayant de comprendre à quelle nécessité elle a correspondu. Ainsi seulement peut-on espérer avancer sur le plan théorique. Ainsi seulement les experts, auxquels il revient de faire des recommandations, pourront éviter les pièges des démarches trop normatives.

Le travail ici présenté résulte d'un travail d'enquête réalisé entre novembre 87 et avril 88 à l'initiative du Griphe². Nous remercions la cinquantaine de responsables qui ont accepté de nous recevoir, la plupart manifestant un évident désir que soit globalement analysé l'événement auxquels ils avaient participé. La reconstitution des faits se fonde sur la collecte de nombreuses informations que nous avons pris soin de recouper chaque fois que cela était possible. Mais ces informations prennent sens en fonction de la façon dont nous les avons assemblées. Déjà là, la critique peut et doit s'exercer.

D'autre part, l'essai d'interprétation que nous faisons de ces données marque une volonté de théoriser, autant qu'il est possible, l'expérience de Nantes. Ce travail de mise en forme, qui a sa propre logique, est par essence discutable³.

Enfin, il convient de préciser que nous n'avons ici pris en compte que les informations relatives aux décisions ayant, selon nous, donné forme à l'événement. Ainsi s'est-on peu attaché au rôle des médias nantais et des collectivités locales qui ont été largement dépendants d'une appréhension de l'événement faite par d'autres qu'eux. De même parmi les décisions prises au plan national, n'ont été intégrées que celles ayant eu un véritable impact sur le cours des choses.

Le phénomène de faille

La crise de Nantes révèle d'abord une prédisposition de la plupart des intervenants à reconnaître dans un accident échappant à une appréhension immédiate, par le biais de la connaissance ou celui de l'action, une *faille* dans les dispositifs de contrôle et de maîtrise, susceptible de conduire à une catastrophe. La journée du 29 octobre a ainsi été jalonnée de moments où, face à un événement marqué par l'inconnu, des responsables ont envisagé la pire extrémité. Le premier acteur en rapport avec l'incident — le responsable de l'entrepôt de la société Loiret et Haentjens — n'a pas une approche catastrophique. Constatant l'incapacité des ouvriers à venir à bout d'un « feu » apparu dans un stock d'engrais livré la veille, il fait appel aux sapeurs-pompiers en indiquant le numéro de code du produit (15.8.22)

et en faisant état de fumées toxiques, des ouvriers participant aux tentatives d'extinction ayant été incommodes.

En attendant que les premiers secours arrivent sur place, les membres de la permanence du corps des sapeurs-pompiers de Nantes (caserne Gouzé) cherchent vainement à identifier le produit : le numéro de code, qui a été malencontreusement transformé (le 15.8.22 devient 15.822) est interprété comme un indicateur de danger et non pas comme un code de composition.

Le capitaine des sapeurs-pompiers qui dirige les premiers secours réalise une approche extrêmement concrète de la situation puisqu'il peut visiter l'entrepôt en compagnie du responsable et sans appareil respiratoire. Sa perception est contrastée : d'un côté il prend effectivement connaissance de la situation en identifiant et localisant le produit concerné (du NPK fréquemment utilisé en milieu rural) ainsi qu'un stock d'ammonitrates, des cuves de fuel et un transformateur contenant du pyralène (voir plan). Malgré le caractère potentiellement dangereux des produits et de l'installation électrique présents dans l'entrepôt, l'officier n'envisage pas une extension du sinistre : les ammonitrates, différents lui a-t-on dit de ceux qui furent à l'origine des catastrophes de Brest et de Texas-City en 1947, sont séparés par deux alvéoles du NPK ; le transformateur, dont le pyralène le rattache aussitôt à la dioxine de Seveso, apparaît bien isolé ; quant aux cuves de fuel, à moitié vides, elles sont situées à l'autre extrémité de l'entrepôt. L'inquiétude du capitaine naît plutôt du « feu » dans le stock de NPK, feu qui ne produit ni flammes, ni chaleur et dont les fumées stagnent au lieu de s'élever⁴. Face à cet inconnu — rien de plus perturbant qu'un phénomène familier ayant des caractéristiques inhabituelles — l'officier se trouve vite privé de moyen d'action. D'une part il se refuse, du fait de la proximité de la Loire, à noyer le stock d'engrais, ayant à l'esprit les sévères critiques adressées à certains de ses collègues rendus responsables de la pollution du Rhin et du Rhône lors des accidents de Sandoz (Bâle) et du Port Edouard Herriot (Lyon) ; d'autre part, le recours à des produits de substitution habituellement utilisés pour des feux d'hydrocarbure s'avère

NANTES - 27/10/87

9 h¹⁵ Des ouvriers de la société Loiret et Haentjens, travaillant dans un entrepôt situé dans l'enceinte du Port Autonome de Nantes-St-Nazaire, aperçoivent des fumées s'élevant d'un stockage en vrac d'engrais ternaires.

9 h³⁶ Une tentative d'extinction du « feu » ayant échoué, le chef du dépôt lance un appel aux sapeurs-pompiers.

9 h⁴³ Arrivée sur le site des premiers secours dirigés par un capitaine du corps des sapeurs-pompiers de Nantes. Visite de l'entrepôt.

10 h¹¹ Arrivée d'une équipe médicale du Samu qui, après avoir retrouvé trois ouvriers exposés pendant dix minutes environ aux fumées, à l'intérieur de l'entrepôt, procède à leur examen.

10 h²⁰ Arrivée du commandant de permanence. Installation d'un PC mobile opérationnel. Bouclage du quartier avec concours de la police.

10 h²³ Message du commandant faisant état de risques d'asphyxie et d'explosion.

10 h³⁰ Départ du Directeur Départemental de la Protection Civile en direction du site.

10 h³⁴ Les trois ouvriers, incommodés à la suite de leur participation à la première tentative d'extinction, sont conduits au service des

NANTES - 27/10/87

...

urgences du CHU de Nantes (arrivée 10 h⁴⁰).

10 h⁴⁵ Mise en place d'une cellule de crise à la Préfecture.

10 h⁵³ Message du commandant des sapeurs-pompiers faisant état d'une opération de très longue durée pouvant avoir des conséquences très graves pour la population.

10 h⁵⁵ Arrivée sur le site de la cellule Anti-pollution de la ville de Nantes qui, avec le concours des sapeurs-pompiers, entreprend une série de mesures avec des tubes réactifs Dräger.

11 h⁰⁵ Arrivée sur le site du chef de corps de Nantes accompagné du Maire Adjoint de Nantes, du Directeur urbain de la Sécurité Civile. Arrivée du commandant chargé de la sécurité dans la capitainerie du Port Autonome de Nantes-St-Nazaire. Exposé de la situation par le chef de l'entrepôt et le premier officier de sapeurs-pompiers présent sur les lieux. Les fumées virent au jaune, augmentent d'intensité et un grondement inquiétant se fait entendre dans l'entrepôt.

11 h⁰⁵ Trois ouvriers demeurés à proximité de l'entrepôt sont hospitalisés pour examen complémentaire.

11 h¹⁵ La cellule de crise de la Préfecture donne des consignes de confinement dans la zone

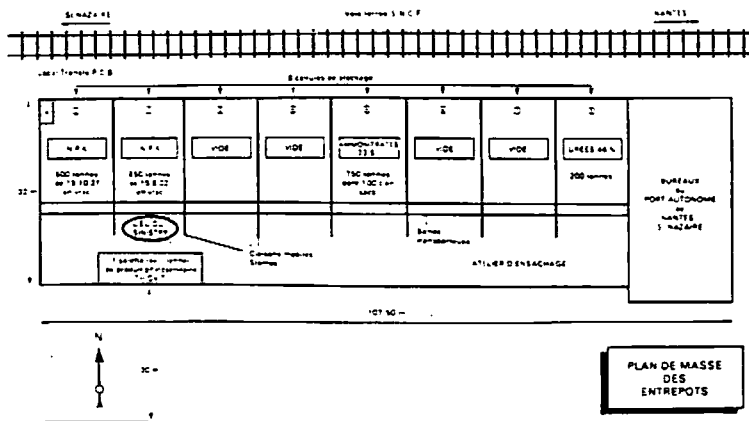
inefficace. Aussi prend-il des mesures de prévention (notamment à l'égard de ammonitrates), puis demande la venue sur place de son supérieur hiérarchique, en l'occurrence le commandant de permanence. A ce stade, les conditions d'émergence d'une faille sont réunies, sans que le phénomène n'éclore : le sentiment d'inconnu est compensé par une bonne appréhension de la situation..

■ L'apparition du trou noir

Une fois sur les lieux, le commandant qui prend la direction des secours — représentative de la nouvelle génération des officiers de sapeurs-pompiers venus de l'enseignement supérieur — est en présence d'un événement qui a déjà considérablement évolué : les fumées ont complètement envahi l'entrepôt devenu une sorte de « boîte noire », pour reprendre l'expression d'un témoin. Toute reconnaissance est impossible et les produits qui avaient été identifiés et distingués par le premier officier, apparaissent soudain englobés dans un même ensemble. Devant un incident qu'il est tenté d'appréhender comme un exercice, tant il ressemble à l'accident majeur type dont il n'a cessé d'être question lors d'un stage professionnel auquel il vient de participer, le commandant des sapeurs-pompiers se retrouve dans la même situation que son subordonné. Comme ce dernier, il se refuse à entreprendre le noyage de l'entrepôt, seul moyen a priori envisageable pour attaquer le « feu d'engrais ». Prenant alors en compte l'ensemble des risques potentiels, il demande, via la caserne Gouzé, que les autorités soient prévenues d'un risque d'explosion et d'asphyxie pour la population. Il demande aussi que le chef du corps vienne prendre la direction des secours. Après avoir fait appel à de

nouveaux renforts, il réitère ses craintes, précisant même que l'opération de très longue durée pourrait avoir des conséquences très graves pour la population. A ce stade, la faille est reconnue, l'entrepôt donnant figure au « trou noir » dont fait état Patrick Lagadec⁵.

Lorsqu'il prend la direction des secours, le chef du corps de Nantes se trouve face à une quasi-catastrophe. Malgré la présence « d'experts-chimistes » — mal identifiés⁶ — aucun progrès réel n'est fait dans la compréhension de la situation, un des experts préconisant un recours massif à l'eau, l'autre le déconseillant vivement. L'incertitude règne donc et après avoir pris connaissance des mesures effectuées par la cellule Anti-Pollution de la ville de Nantes, le chef de corps adresse un message à la caserne Gouzé où il fait état d'un feu d'engrais « impliquant » un stock d'ammonitrates dégagant des vapeurs nitreuses et de l'acide nitrique. Le chef de corps, ainsi que certains de ses collaborateurs, sont alors d'avis de noyer le stock d'engrais. Le colonel prend les premières mesures dans ce sens (demande de matériel) puis reporte un temps son attention sur le nuage qui prend des proportions considérables. De retour d'une reconnaissance en hélicoptère, lui est communiqué l'avis d'un ancien professeur d'Université, contacté par la cellule Anti-Pollution de la ville de Nantes, confirme que le noyage est la bonne solution, la pollution de la Loire apparaissant secondaire. Dès lors tous les moyens de lutte adaptés sont mis en œuvre. Malgré des difficultés techniques, le phénomène de faille s'estompe sur le site. Cependant, tout au long de l'après-midi le chef de corps ne cesse de redouter une explosion des ammonitrates⁷.



■ Apparition

d'une double inconnue

La Préfecture, où une cellule de crise se met en place en milieu de matinée, réagit à l'événement en se fondant pour l'essentiel sur les informations captées sur le trafic radio des sapeurs-pompiers, notamment celui entre le PC mobile sur le site et le PC fixe de la caserne Gouzé. Le Directeur Départemental de la Protection Civile qui avait entrepris de se rendre sur le site y renonce après avoir constaté l'existence d'un dispositif policier et appris qu'on le recherchait à la Préfecture. Malgré la présence, en fin de matinée, du sous-Préfet de l'arrondissement de Nantes, malgré aussi l'abondance des moyens de communication, les relations directes entre le site et la Préfecture demeurent limitées⁸.

La cellule réagit donc aux informations en provenance du site plus qu'elle ne suscite un véritable échange. Dans un premier temps, elle prend en compte les risques évoqués par le commandant de sapeurs-pompiers et, sur le conseil de l'officier de permanence du SDIS, elle décide de préconiser des mesures de confinement, ce qui donne lieu à une première information de la population. Puis, très rapidement, elle dissocie la cause de l'effet en s'inquiétant du parcours du nuage dont elle n'est pas en mesure d'apprécier le degré de toxicité faute de disposer de résultats de mesures, faute aussi de bénéficier de conseils d'experts. Les premiers membres de la Cellule se trouvent donc, en fin de matinée, en présence d'une double inconnue : d'une part, ils concentrent leur inquiétude sur un objet (le nuage) sur lequel ils n'ont aucune maîtrise ; d'autre part, ils se coupent du site où, suite aux informations captées, la situation semble pouvoir devenir à tout moment incontrôlable. La faille apparaît donc deux fois et de façon liée puisque l'abandon du site transforme ce dernier en véritable surface de projection et que, d'autre part, l'inquiétude qui lui est attachée se transfère au nuage dont la toxicité est quasiment présumée.

■ Evacuations

Puis le Préfet prend la direction de la cellule de crise qui bénéficie du conseil d'experts à compter du milieu de la journée. Une nouvelle approche de la situation du site, réalisée en fonction des informations captées sur

le trafic radio ainsi que de celles directement transmises par le sous-Préfet présent sur les lieux, conduit à la prise de mesures d'évacuation limitées, avec l'accord des experts. Ces mesures qui reprennent en les aggravant celles déjà décidées par la cellule, au milieu de la matinée, aboutissent, elles aussi, à faire apparaître la situation sur le site comme potentiellement incontrôlable. Ainsi se trouve une nouvelle fois favorisé un transfert d'inquiétude sur le nuage, seul objet véritablement pris en compte par la cellule de crise. Pour l'essentiel la reconnaissance d'un « nuage toxique » a résulté :

□ Du rôle déterminant joué par un des experts (un professeur de la Faculté de pharmacie, par ailleurs présidente d'une fédération d'associations écologistes en Loire-Atlantique) qui, au vu des résultats de mesures indiquant un « taux de toxicité de 5 ppm », a considéré qu'une partie de la population se trouvant sous le nuage courait un véritable danger (notamment les vieillards, les enfants et les insuffisants respiratoires)

□ De l'attitude du Préfet qui a repris à son compte l'avis du précédent expert, une analogie s'établissant entre les possibles effets des fumées toxiques et ceux de gaz de combat (notamment les gaz à base d'hyperite utilisés lors de la Première Guerre mondiale). Les autres experts présents (notamment les ingénieurs de la DRIR), n'ont eu qu'une faible part dans l'appréciation du risque, leur avis comptant moins que celui du professeur d'Université.

La reconnaissance d'un nuage toxique — faille s'il en est une dans les dispositifs de contrôle et de maîtrise — a conduit à une mobilisation de l'ensemble des ressources dont la cellule disposait sur ce seul ennemi.

Ainsi est-il décidé, contre l'avis de la Sécurité Civile, mais avec l'accord du cabinet du Ministère de l'Intérieur, de réaliser une évacuation de grande ampleur, ce qui donne lieu à une nouvelle information de la population. Jusqu'au milieu de l'après-midi, le nuage est le seul objet vraiment pris en compte. Les problèmes propres à la situation sur le site ne réapparaissent que progressivement au cours de l'après-midi, notamment lors de deux réunions — l'une « debout », l'autre « assise » — aux-

NANTES - 27/10/87

... proche du nuage (1 km autour de l'entrepôt). Les consignes sont transmises par véhicules haut-parleurs (police, gendarmerie), par l'intermédiaire des mairies et des radios locales et nationales.

11 h ¹⁶ Le PC opérationnel (site) prend connaissance des résultats des premières mesures qui révèlent au niveau du toit de l'entrepôt de fortes concentrations d'acides nitriques (plus de 50 ppm) ainsi que la présence de chlore en faible quantité (3 ppm).

11 h ²⁰ Appel au Port Autonome pour mise en œuvre de remorqueurs permettant une alimentation en eau à partir de la Loire.

11 h ²¹ Message du chef du corps de Nantes indiquant que le feu implique 580 t d'ammonitrate dégageant des vapeurs nitreuses et de l'acide nitrique.

11 h ²⁵ Reconnaissance par un hélicoptère de la gendarmerie à laquelle participe le chef du corps de Nantes. Annonce d'un nuage de 10 km de long sur 3 km de large.

11 h ⁴⁶ Arrivée du Directeur Départemental du Service d'Incendie et de Secours qui prend officiellement la direction des secours sur le site.

11 h ⁵² Le chef du corps des sapeurs-pompiers de Nantes

NANTES - 27/10/87

...

demande au PC fixe (caserne Gouzé) d'informer la Préfecture de sa décision d'engager tous les moyens disponibles pour noyer le feu.

12 h⁰⁰ Arrivée des premiers journalistes à la Préfecture (presse et radios locales) qui s'installent dans le bureau de l'attachée de presse.

12 h^{10/15} Arrivée à la Préfecture d'un expert de l'Université qui après avoir eu connaissance des informations disponibles à la Préfecture (feu dans un silo d'ammonitrates, non maîtrisé par les pompiers et ayant provoqué la formation d'un nuage présumé toxique) s'inquiète des conséquences des vapeurs nitreuses sur la population. Puis arrivée à la Préfecture des experts de la DRIR qui informent le Préfet que l'entrepôt est inconnu de l'administration. L'un d'entre eux, spécialiste des carrières, donne des informations sur le caractère explosif des ammonitrates. La cellule de crise prend alors la décision d'interrompre la circulation ferroviaire entre Nantes et Redon et d'évacuer immédiatement la population située dans un rayon de 1 km autour de l'entrepôt.

12 h⁴⁵ L'équipe médicale du Samu prend connaissance, via la régulation, de l'état des six ouvriers intoxiqués dont aucun ne présente de danger vital.

...

quelles participent: les responsables des services extérieurs de l'Etat, des élus locaux et nationaux, des experts scientifiques etc. Les problèmes sont traités en référence à d'autres types de catastrophe et sans liaison avec les opérations conduites sur le terrain, malgré la présence à la Préfecture de plusieurs responsables directement venus du site. Il est par exemple envisagé de recourir à un Canadair pour noyer le feu. De même est-il proposé d'enrober le feu avec un mélange de sable et d'eau, plus ou moins en référence aux méthodes employées à Tchernobyl, ce à quoi s'opposent vivement les ingénieurs de la DRIR. Si donc la faille s'estompe du côté du nuage toxique, traité à travers une évacuation de grande ampleur, elle tend à réapparaître avec la reprise en compte du site qui, toujours perçu à distance, est l'objet de propositions extrêmement diverses selon les compétences et avis des différentes personnes présentes. Ce processus d'emballement a été accentué d'une part par le mode de transmission des informations qui arrivaient en jets continus de la salle opérationnelle jouxtant la salle de réunion (notamment lors de la tenue de la « réunion debout ») et, d'autre part, par la pression résultant de la seule présence de journalistes pourtant tenus à distance⁹.

■ Feu maîtrisé

Ce mode de fonctionnement de la cellule de crise élargie a persisté malgré l'intervention d'un représentant du Port Autonome de Nantes-St-Nazaire qui, lors de la réunion assise, a été le premier responsable à donner une information précise au sujet de la situation sur le site. Ainsi les membres de la cellule apprennent-ils que le produit « en feu » est de l'engrais ternaire NPK, a priori non explosif, et non des ammonitrates comme le pensaient alors les membres de la cellule. Si cette information contribue à calmer les esprits, la proximité du stock d'ammonitrates, la présence d'un transformateur contenant du pyralène ainsi que celle des cuves de



Claude Gilbert, est responsable du Gripe-CERAT, Institut d'Etudes Politiques de Grenoble et coordinateur du Centre de recherche sur les risques majeurs au sein de l'Université de Nantes-Sociales de Grenoble - II

fuel, relancent rapidement le débat, notamment entre les différents experts scientifiques. Débat qui tourne court dès qu'il est su que les sapeurs-pompiers ont réussi à maîtriser le feu d'engrais. Le Préfet décide alors de donner une conférence de presse, la première de la journée. A partir de ce moment là et jusqu'en milieu de soirée, il se consacre pour l'essentiel au travail d'information. On note cependant la relative fragilité du contrôle de la situation puisqu'il suffit qu'en fin de soirée le responsable du service de l'hygiène du milieu de la DDASS s'inquiète de la formation de brouillards, avec une possible production de pluies acides, pour que le Préfet revienne un temps sur sa décision de mettre fin à l'évacuation.

Les comportements des divers responsables, aussi bien sur le site qu'à la Préfecture, révèlent une tendance générale à appréhender tout incident ou tout accident qui sort de l'ordinaire, en référence à des catastrophes connues. Il en résulte un passage régulier aux extrêmes, la résistance à un tel processus étant assez faible. L'approche extrêmement concrète réalisée par le premier officier de sapeurs-pompiers n'a en rien contribué à la formation de l'opinion des officiers qui ont ensuite pris la direction des secours, tous se rejoignant dans une même crainte d'une catas-

trophe secondaire (la pollution de la Loire). De même à la Préfecture, l'avis des ingénieurs de la DRIR qui ont tenté d'apprécier le risque de toxicité en référence aux réglementations appliquées dans les carrières, n'a guère pesé face à celui du professeur d'Université aux convictions écologistes. Chaque fois, la prise en compte du risque le plus extrême a pris le pas sur toute tentative d'évaluation. Les acteurs susceptibles de freiner un tel processus n'ont eu ni l'autorité, ni la légitimité leur permettant de faire valoir leur point de vue, ce qui les a conduit soit à se « couvrir » en transférant leur responsabilité à un supérieur hiérarchique, soit à s'aligner sur l'opinion dominante. Cette tendance au passage aux extrêmes s'explique par la formation des cadres, la façon dont ils assument leurs responsabilités ainsi que par un souci très compréhensible des autorités de se garantir de tout risque éventuel : face à l'incertitude, il semble normal que le Préfet ait préféré s'en remettre à l'avis du professeur d'Université dont les responsabilités dans le mouvement écologiste en faisait un éventuel médiateur avec une population menacée, qu'à celui des ingénieurs de la DRIR, moins alarmistes, mais parfois suspectés d'une certaine collusion avec les industriels. Le mode d'approche qui a prévalu lors de la crise de Nantes est aussi en accord avec l'évolution actuelle des mentalités collectives : « la » catastrophe apparaît souvent comme probable voire imminente et tout incident concernant l'industrie nucléaire ou l'industrie tend à la faire passer de l'état virtuel à l'état réel¹⁰.

La capacité de réponse du système politico-administratif local

La crise de Nantes a révélé une vulnérabilité du système politico-administratif local¹⁰ qui pour l'essentiel résulte de ce que les ressources mises en œuvre pour faire face à un événement bicephale et de grande

ampleur, ont été limitées tout au long de la journée à celles des structures d'urgence. Il y a eu une déconnection entre les services capables de fonctionner « à l'urgence » et l'ensemble des autres services qui en temps habituel ne sont pas soumis aux contraintes de la permanence, de l'astreinte. Cette déconnection s'explique bien sûr par l'état de crise lui-même qui met les différents « urgencistes » en première ligne. Mais elle s'explique aussi par une série de clivages pré-existants au sein du système politico-administratif local.

■ Les solidarités spontanées

Sur le site, le groupe assurant la gestion de la crise s'est formé à partir de responsables du corps des sapeurs-pompiers de la ville de Nantes. La logique ayant présidé à la formation de ce groupe a été celle propre aux « services » d'urgence habitués à agir ensemble, à intervenir sur le même mode (Samu, Police, Gendarmerie) et sur lesquels se sont ensuite greffés d'autres services susceptibles de fonctionner eux aussi « à l'urgence » comme la cellule Anti-Pollution, le service des eaux de la ville de Nantes, la capitainerie du Port Autonome de Nantes-St-Nazaire etc. Le principal cadre de référence de ce groupe a été la ville de Nantes qui, d'une part a fourni l'essentiel des ressources en hommes et matériel et qui, d'autre part, était représentée sur le site par l'adjoint au maire responsable de la Sécurité.

A la Préfecture, le groupe ayant effectivement assuré la gestion de la crise s'est aussi formé en deux temps. Dès le retour du Directeur de la Protection Civile à la Préfecture, une cellule de crise s'est constituée avec les collaborateurs immédiats du Préfet, le Bureau de Défense, les représentants des forces de l'ordre etc. La plupart de ces responsables sont habitués à agir ensemble, notamment lors des manifestations, fréquentes à Nantes. Sont venus progressivement s'adjoindre à ce premier groupe qui a géré la crise jusqu'à la fin de la matinée, des représentants du SDIS, de la

NANTES - 27/10/87

...

12 h⁵⁸

A la suite d'une nouvelle série de mesures effectuées par la cellule Anti-pollution, le PC opérationnel, la cellule de crise de la Préfecture apprend que le « taux de toxicité » s'élève à 5 ppm dans plusieurs communes se trouvant sous le nuage, suite à un dégagement d'acide nitrique très toxique. Un débat s'engage entre le Préfet et les experts. Le professeur d'Université estime que le seuil critique est dépassé. Les ingénieurs de la DRIR font état de réglemens dans les carrières où sont tolérées des expositions maximum aux vapeurs nitreuses de 25 ppm, réduites à 10 ppm en Loire-Atlantique. Ils finissent par admettre qu'au-delà de 5 ppm les risques ne sont pas nuls pour l'ensemble de la population. Contre l'avis de la Sécurité Civile, mais avec l'accord du cabinet du Ministère de l'Intérieur, le Préfet décide de réaliser une large évacuation de la population des communes sous le nuage.

13 h⁰⁰

La cellule de crise de la Préfecture décide la réquisition de l'ensemble du parc de transport de Nantes.

13 h¹²

Le raccordement avec les remorqueurs ayant été effectué, deux lances-canon sont mises en œuvre.

13 h³⁰

Différents responsables quittent le site pour assister à une réunion en Préfecture (l'adjoint au maire de

...



Mobilisation

► DDASS, de l'armée etc et, à partir de 12 h, des experts (Université, DRIR). Leur intégration, comme on le verra, s'est plus ou moins bien effectuée selon la nature des liens antérieurs, selon aussi l'apparition d'affinités spontanées.

La cellule se modifie une fois encore après le déclenchement du plan ORSEC, lorsqu'à la Préfecture ont afflué les responsables des différents services extérieurs, souvent accompagnés de collaborateurs, des élus locaux et nationaux, de nouveaux experts scientifiques etc. Mais alors que dans les deux premiers temps une cohérence a été trouvée autour des services d'urgence, on assiste dans un troisième temps à un certain éclatement, les membres de cette cellule élargie éprouvant des difficultés à s'identifier, à trouver un mode de fonctionnement ainsi qu'un langage commun pour traiter la crise.

Cohérents, les groupes qui se sont formés sur le site et à la Préfecture (exception faite de la cellule élargie), ont eu une forte tendance à se fermer sur eux-mêmes. Cette fermeture s'est traduite de différentes façons. Il y a tout d'abord eu une mauvaise inté-

gration voire un rejet de participants qui ne participaient pas de la « communauté de l'urgence » ou qui se sont avérés incapables d'en adopter les comportements. Ainsi s'explique en partie la difficile insertion sur le site du Directeur Départemental du Service d'Incendie et de Secours qui, bien qu'ayant formellement pris la direction des secours en fin de matinée, n'a eu qu'un rôle marginal. Perçu comme un homme d'état-major, il s'est de fait heurté à un groupe d'hommes valorisant l'action et la pratique du terrain¹². De même à la Préfecture, l'insertion de responsables administratifs de la DDASS, qui participaient à une réunion en Préfecture, s'est-elle révélée impossible, les collaborateurs du Préfet et les forces de l'ordre faisant bloc. La tendance à la fermeture s'est aussi traduite par une certaine incapacité de membres participant à ces groupes et relevant de différents organismes et institutions, d'assurer une liaison avec ces derniers, notamment pour mettre à profit leurs ressources dans le domaine de la connaissance et celui de l'action. L'équipe médicale du Samu n'a pas assuré la diffusion d'une information ►

NANTES - 27/10/87

... Nantes chargé des problèmes de sécurité, le Directeur Départemental du Service d'Incendie et de Secours, le Directeur du cabinet du maire de St-Herbain).

13 h⁴⁵ Arrivée progressive à la Préfecture des responsables des services extérieurs de l'Etat (accompagnés de leurs collaborateurs), d'élus locaux et nationaux, d'experts scientifiques.

13 h⁵⁰ Demande officielle du concours de l'armée.

14 h¹⁵ Déclenchement du plan ORSEC. Décision d'évacuation de sept communes sous le nuage. Les consignes de la Préfecture sont communiquées par l'intermédiaire de la police et de la gendarmerie, des mairies et surtout des radios locales qui précisent notamment que les habitants doivent éviter d'appeler la Préfecture dont les lignes sont saturées et même de s'appeler entre eux, l'augmentation du trafic téléphonique devenant inquiétant. A noter que la multiplicité des moyens utilisés pour faire transiter l'information a engendré des problèmes dans le courant de l'après-midi. La police, la gendarmerie continuaient parfois à donner des consignes de confinement dans des voitures munies de haut-parleurs alors que les radios locales diffusaient déjà des consignes d'évacuation. D'autre part les mai- ...

NANTES - 27/10/87

...

ries, qui se sont souvent rapidement mobilisées, ont reçu des informations de la Préfecture selon des délais très variables.

14 h³⁰ Fin de l'installation de six autres lances-canon, ce qui se traduit progressivement par un débit global de 700 m³/h.

15 h⁰⁰ Entretien des journalistes présents à la Préfecture (presse locale, radios locales) avec le Directeur de cabinet du Préfet qui rappelle les circonstances de l'incident, les décisions prises et précise que l'incident est en voie d'être maîtrisé sur le site. Il indique que tout est question du taux de toxicité fixé à 5 ppm.

15 h³⁰ Réunion « assise » et plus restreinte que la réunion « debout » avec les principaux responsables du département dans une salle éloignée des moyens de communication. Des exposés sont faits sur la nature des risques, notamment par un responsable du Port Autonome.

15 h⁴³ La cellule de crise de la Préfecture prend connaissance de mesures effectuées dans deux communes sous le nuage et révélant de faibles taux d'acide nitrique (1 ppm et 0,5 ppm).

16 h¹⁰ Le sous-Préfet présent sur le site fait savoir que l'incendie est progressivement maîtrisé

► essentielle, disponible en fin de matinée aux services des urgences du CHR et concernant les ouvriers intoxiqués : or, après examen, aucun de ces cobayes involontaires ne présentait de signes de détresse vitale, ni d'ailleurs de signes d'une affection sérieuse¹³. De même malgré la présence d'un ingénieur, semble-t-il venu d'une grande entreprise voisine, et assumant de fait un rôle d'expert, aucune liaison ne s'est opérée avec le milieu industriel local, notamment avec CDF-Chimie produisant de l'engrais NPK et parfaitement au fait sur la façon d'intervenir en cas d'incident concernant ce produit¹⁴. On observe un phénomène semblable à la Préfecture. La présence d'ingénieurs de la DRIR — dont le bâtiment était compris dans le périmètre de la première évacuation — ne s'est pas traduite par l'accès à un réseau d'expertise diversifié¹⁵. De même la présence d'un professeur d'Université n'a pas permis de mettre à contribution les ressources variées de cette institution, ni d'ailleurs celles d'une société d'étude sur les risques toxicologiques dans laquelle ce professeur joue un rôle d'expert. A noter enfin qu'aussi bien sur le site qu'à la Préfecture, aucune liaison efficace n'a été assurée avec des capacités d'expertise situées tant au plan régional que national voir international¹⁶.

Lors de la crise de Nantes des liens parfois étroits se sont tissés entre les intervenants partageant les valeurs et



les modes d'action liés à la pratique de l'urgence ». Mais ces liens ont souvent été exclusifs d'autres relations, pré-existantes et qui ont été soudain rompues. Tout s'est passé comme si la participation aux groupes gérant la crise conduisait certains de leurs membres à se couper des organismes et institutions dont ils étaient originaires. A ce phénomène par lequel s'est accusée la fermeture des groupes sur eux-mêmes, s'est ajouté le fait que, compte tenu des clivages existants en temps ordinaire dans l'appareil politico-administratif local, un certain nombre de relations avec d'éventuels partenaires ont été *a priori* difficiles voire impossibles.

■ Les blocages institutionnels

Les sapeurs-pompiers, au cœur de la gestion sur le site, ne se sont pas spontanément tournés vers les services de l'administration territoriale ayant une capacité d'expertise. Ils n'ont contacté ni la DRIR, ni la DDASS. Les relations entre les sapeurs-pompiers et la DRIR, qui n'est pas un service opérationnel, sont assez formelles en temps ordinaire. A Nantes, comme dans d'autres agglomérations, les ingénieurs du corps des Mines préfèrent établir des liens privilégiés avec les grands industriels, qui disposent souvent de services de secours étoffés, plutôt que de collaborer étroitement avec les sapeurs-pompiers dont ils mettent parfois en doute la capacité d'intervenir efficacement en cas d'accidents majeurs. Il résulte de cette situation que les sapeurs-pompiers, qui cherchent à acquérir des compétences dans ce nouveau domaine d'intervention, sont à la fois coupés de la DRIR et des grands industriels. Il n'y a pas non plus en temps ordinaire de relations entre sapeurs-pompiers et la DDASS qui dispose en Loire-Atlantique d'un service opérationnel : le Service d'Hygiène du Milieu. Cette absence de relation tient à ce que la cellule Anti-pollution qui, comme le corps des sapeurs-pompiers, relève de la ville de Nantes, a concurrencé ce service de

la DDASS en passant des conventions avec des communes de l'agglomération. Ainsi, *a priori*, avant même que ne se développe la moindre crise, les sapeurs-pompiers sont structurellement coupés de structures « locales » ayant diverses compétences en matière de risques majeurs, notamment dans le domaine des industries chimiques.

■ Les effets de la décentralisation

Du côté de la Préfecture, les principaux problèmes de relations avec les différents partenaires de l'appareil politico-administratif local en temps de crise, résultent pour l'essentiel de la position du Préfet en temps ordinaire. Patron des services extérieurs de l'Etat, il ne peut ignorer que les administrations centrales représentent la première instance hiérarchique pour les directeurs départementaux. De même doit-il tenir compte du poids croissant des élus locaux, notamment du Président du Conseil Général et des maires des grandes villes qui contrôlent désormais l'essentiel des ressources. Le fonctionnement habituel de l'appareil politico-administratif local est donc fondé sur d'incessants compromis et négociations permettant de pallier les risques de dysfonctionnement introduits par la structure même des relations d'autorité. Aussi, même si les Préfets sont extrêmement attachés à leur rôle régaliens¹⁷, comme c'est le cas à Nantes, il leur est difficile en temps de crise de changer brutalement les termes des relations habituelles avec leurs interlocuteurs et de s'imposer à eux comme chef d'Etat-Major. En prenant les décisions les plus importantes au sein d'une cellule restreinte, hors du cadre prévu par le plan ORSEC, le Préfet de la Loire-Atlantique a dans les faits pris acte de cette situation. Et le fonctionnement même de la cellule élargie dans le courant de l'après-midi, répondant plus ou moins aux prescriptions de ce plan, a prouvé combien il était difficile de faire fonctionner selon le modèle hiérarchique l'administration territoriale.

Que cela tienne à la situation particu-

lière créée par l'état de crise ou à l'ombre portée de l'administration quotidienne, les groupes qui se sont formés sur le site et à la Préfecture pour gérer la crise, ont moins été des cellules situées au centre d'un nœud de relations que des « commandos » fonctionnant de façon isolée et ne faisant finalement appel qu'à leurs ressources propres pour apprécier la situation, décider des interventions.

Le processus assurant le retour à la normale

Les décisions qui ont progressivement assuré un retour à une situation dite normale ont été prises en fonction de deux contraintes :

□ L'apparition du phénomène de faille, aussi bien sur le site qu'à la Préfecture, qui a soudain donné à l'événement une ampleur considérable,

□ La réduction des ressources mises en œuvre à celles immédiatement disponibles au sein des deux structures de gestion. La disproportion qui est ainsi née entre l'événement et les moyens permettant d'y faire face, a engendré un mode de règlement de la crise assez spécifique, marqué par l'omniprésence des procédures de type « symbolique » qui non seulement se sont mêlées à des procédures de type rationnel mais s'y sont même parfois substituées.

Par procédures symboliques, qu'il convient de ne pas confondre avec les simulacres, nous entendons les démarches qui, sur un mode autre que celui de la rationalité, permettent d'assurer la transformation de l'inconnu en connu¹⁸.

■ Puissance et réconfort des solidarités

La présence de procédures symboliques est déjà perceptible dans le mode même de formation des groupes ayant animé les structures de gestion. La fermeture de ces groupes sur eux-mêmes s'explique en première analyse par l'affirmation de solidarités entre les acteurs des ser-

NANTES - 27/10/87

...

par les pompiers et qu'il n'y a plus de dégagements de fumées.

17 h²⁰ Conférence du Préfet entouré par le Recteur et le professeur d'Université dont l'engagement militant dans le mouvement écologiste est localement connu. Le Préfet résume la situation, justifie ses choix par une nécessaire prudence. Concernant l'utilité de poursuivre l'évacuation, il indique que certaines personnes doivent encore partir mais que celles qui n'ont pas été évacuées peuvent rester chez elle.

17 h³⁰ / 18 h⁰⁰ Arrivée à la Préfecture des journalistes parisiens qui se sont montrés très alarmistes dans l'avion (Bhopal et Tchernobyl ont été régulièrement évoqués). Les journalistes locaux les informent de la situation.

18 h³⁰ Premiers comptes-rendus de la conférence du Préfet par les radios locales. Le Préfet se rend dans les studios de FR 3. La crise est terminée, même si les opérations techniques engagées continuent, même si de nouvelles se développent dans le cours de la soirée et pendant la nuit.

22 h⁰⁰ La décision est prise d'autoriser les personnes évacuées à regagner leur domicile.

6 h⁰⁰ (30 octobre) Réunion des chefs de service ORSEC.

7 h⁰⁰ Levée du plan ORSEC.

L'efficacité à titre expérimental

► vices d'urgence qui, au-delà de leurs conflits, se reconnaissent en opposition à l'ensemble des services non opérationnels dont ils sont séparés en temps ordinaire et pratiquement coupés en temps de crise. Mais ce processus qui rationalise la position des « urgentistes » dans le système politico-administratif local et qui leur assure un mode de fonctionnement cohérent est indissociable du rétablissement d'un univers sinon connu, du moins familier. La constitution de groupes homogènes est effectivement un premier pas dans ce sens.

De la même façon, la mise en œuvre des ressources les plus immédiates, les plus spontanées en matière de connaissance et d'action, a probablement traduit une volonté de réinstaller une réalité d'autant plus évidente que son approche pouvait être partagée par l'ensemble des membres composant les structures de gestion. Peut-être a-t-on là un début d'explication à la façon dont des intervenants, *a priori* porteurs d'exigences propres, se sont coulés dans le moule de chaque structure. Sur le site, le Samu n'a pas introduit de donnée ou de proposition susceptible de modifier ou d'inverser le mode d'approche réalisé de l'événement par les sapeurs-pompiers. De même, les deux experts, en ne mettant pas à l'épreuve de la discussion scientifique ou de la contre-expertise leurs divergences, ont de fait autorisé les sapeurs-pompiers, véritables arbitres de la situation, à appréhender le « feu » d'engrais comme ils l'entendaient. A la Préfecture, les différents experts ont largement calqué leur attitude sur les premiers membres de la cellule de crise en prenant en compte les informations relatives à l'événement telles qu'elles arrivaient. Ils n'ont pas entrepris de vérifications aux sources mêmes de l'information pour apprécier la nature du sinistre (ce qui aurait éventuellement pu éviter que ne persiste tout au long de la journée la confusion entre le NPK et les ammonitrates) ; ils se sont satisfaits d'une communication

Suite page 16.

Dix départements français sont actuellement l'objet d'une expérience lancée conjointement avant les élections présidentielles par le ministre de l'Intérieur et le ministre délégué chargé de l'Environnement.

La circulaire 88-221 du 2 mai 1988 annonce le renforcement expérimental des moyens de l'inspection des installations classées par association d'officiers professionnels de sapeurs-pompiers.

A cette mission, les officiers seront désignés conjointement par le directeur de la DRIR et le directeur départemental des services d'incendie et de secours. Le statut de ces agents impliquera l'accord préalable du président du Conseil Général.

Le texte de la circulaire précise :

« Sous réserve de cet accord il conviendra de choisir des officiers ayant, d'une part, une bonne formation scientifique et technique et, d'autre part une expérience en matière d'intervention sur le terrain de plusieurs années. Vous veillerez à ce que l'effectif d'inspecteurs soit conforme au volume des missions qui leur seront confiées de sorte que chaque inspecteur ne consacre pas une part trop marginale de son activité à l'inspection.

Ces officiers seront nommés inspecteurs pour un ensemble d'activités pour lesquels les risques d'incendie et d'explosion sont prépondérants [...]. Lorsqu'une installation exerce plusieurs activités qui relèvent d'inspecteurs différents en application des principes ci-dessus, de manière à garantir l'efficacité et la crédibilité de l'action administrative, il convient que l'inspection de l'ensemble des activités soit assurée par l'inspecteur compétent au titre de l'activité principale.

L'intervention des sapeurs-pompiers désignés comme inspecteurs des installations classées s'effectuera sous la coordination du directeur régional de l'industrie et de la recherche qui définira en particulier les priorités et les fréquences des inspections [...].

En outre, nous ne verrions que des avantages à ce que la D.R.I.R. associe

ces officiers de sapeurs-pompiers à l'examen des dispositions de sécurité vis-à-vis de l'incendie et de l'explosion, dans les installations soumises à autorisation dont elle assure directement l'inspection et où cette nature de risque est particulièrement importante.

Les officiers de sapeurs-pompiers que vous aurez retenus pour cette mission devront suivre une formation complémentaire adaptée. Cette formation devra porter sur la législation des installations classées pour la protection de l'environnement, sur les divers aspects des pollutions et nuisances et sur la prévention des risques d'incendie et d'explosion.

Cette formation qui sera prise en charge par le ministère de l'Environnement sera assurée par divers stages organisés au niveau national [...].

Cette formation devra être complétée au niveau local, en particulier pour la formation pratique, par des visites d'installations avec des inspecteurs des installations classées de la Direction Régionale de l'Industrie et de la Recherche ».

Cette phase expérimentale s'achèvera fin 1989. Précisons ici qu'il existe un précédent. Une collaboration étroite et efficace prévaut depuis plusieurs années entre les services de la DRIR et la DDSIS de la Moselle. « L'activisme » du directeur départemental des services d'incendie, par ailleurs président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers français, et de l'équipe qui l'entoure a eu raison des pesanteurs administratives et a su imposer ce « partenariat ».

Les rubriques de la nomenclature ouvertes à l'inspection des installations soumises à déclaration ou autorisation par les sapeurs-pompiers sont les suivantes :

81 - Bois, ou matériaux combustibles analogues (Ateliers où l'on travaille le)

81 bis - Bois, papiers cartons ou matériaux combustibles analogues (Dépôts de)

98 bis - Caoutchouc, élastomères, polymères (Dépôts ou ateliers de triage de matières usagées combustibles à base de)

117 - Charbon de bois (Dépôts ou magasins de)

128 - Chiffons usagés ou souillés (Dépôts ou ateliers de triage de)

183 ter - Entrepôts couverts (Stockage de matières, produits ou substances

• • •

...

combustibles, toxiques ou explosibles en volume au moins égal à 500 m³ dans des)

261 bis - Liquides inflammables (Installations de remplissage ou de distribution)

329 - Papiers usés ou souillés (Dépôts de)

331 bis - Parcs de stationnement couverts de garages-hotels de véhicules à moteur

355 A - Polychlorobiphényles, polychloroterphényles - composants, appareils et matériels imprégnés en exploitation et dépôts de produits neufs

385 - Substances radioactives (Utilisation, dépôt et stockage de) sous forme de sources scellées ou non scellées dans la mesure où elles sont situées dans les établissements recevant du public.

Liste des rubriques de la nomenclature pour lesquelles des officiers de sapeurs-pompiers pourront être nommés inspecteurs lorsque ces installations relèveront du régime de la déclaration.

211 - Gaz combustibles liquéfiés (Dépôts de)

211 bis - Gaz combustibles liquéfiés (Installations de remplissage ou de distribution de)

225 - Houille, coke, lignites (Dépôts ou entrepôts de)

253 - Liquides inflammables (Dépôts de)

261 - Liquides inflammables (Installations de mélange, de traitement ou d'emploi de)

376 bis - Silos de stockage de céréales.

Le Rhône, les Bouches-du-Rhône, la Gironde, la Moselle (Sic), le Nord, la Seine Maritime, la Loire Atlantique, l'Isère, le Haut Rhin et les Yvelines sont touchés par la circulaire.

► de résultats, de mesures assez imprécises (« taux de toxicité s'élevant à 5 ppm ») et n'ont pas suggéré la mise en route de procédures de connaissance différentes (comme la compréhension de l'événement à travers ses effets — en prenant par exemple connaissance de l'état de santé des ouvriers intoxiqués — faute d'en connaître exactement les causes).

Sans que l'on puisse vraiment apprécier les effets des contraintes symboliques sur le mode de formation et de fonctionnement des groupes sur qui a reposé la gestion de la crise, il apparaît cependant qu'elles expliquent en partie la difficulté qu'ont eu ces groupes à mettre en œuvre des procédures rationnelles. Tout semble en effet s'être passé comme si, faute de réaliser rapidement et rationnellement une appréhension de l'événement, compte tenu de la disproportion entre ce dernier et les ressources immédiatement disponibles, chacun des groupes avait tenté de précipiter un retour à la normale en créant en son sein les conditions propices à l'émergence d'une certaine familiarité, d'une certaine évidence.

Mais les procédures symboliques apparaissent le plus clairement dans la façon dont ces groupes ont « travaillé » l'événement pour assurer un retour à la normale. Aussi bien sur le site qu'à la Préfecture, il y a eu une progressive réduction de l'incident aux moyens de connaissance et d'action immédiatement disponibles. Les acteurs se sont donc moins adaptés à la situation, ont donc moins cherché à la connaître, qu'à la transformer de façon telle qu'elle puisse de nouveau correspondre à un état normal, à la routine.

■ Des opérations symboliques

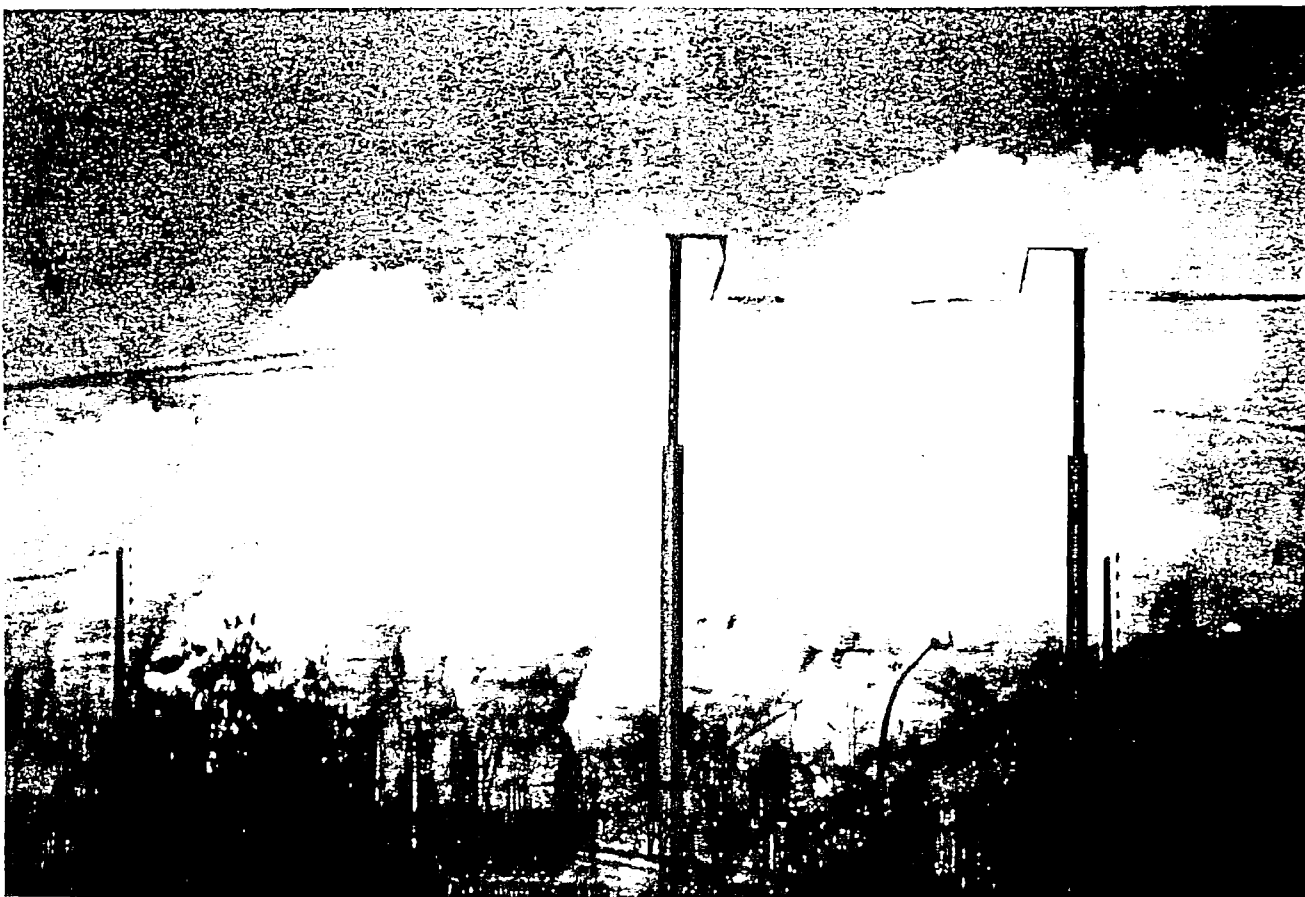
Tout le travail symbolique réalisé par les sapeurs-pompiers sur le site, faute d'avoir prise sur lui en disposant des moyens de connaissance et d'action adéquats, a été de réduire progressivement le « feu » qui n'en était pas un, à un feu normal nécessitant un usage massif de l'eau. En prenant en compte l'ensemble des risques poten-

tiels, les sapeurs-pompiers ont admis l'éventualité d'une catastrophe. Ils ont ainsi, de manière probablement inconsciente, dégagé leur responsabilité (nul n'est tenu de maîtriser l'inmaîtrisable) et préparé une action a priori soustraite à d'éventuelles critiques (face à la catastrophe, tout moyen est bon). On peut voir là le préalable d'une procédure symbolique puisque de cette façon les sapeurs-pompiers ont reporté une partie de la charge de l'inquiétude sur l'extérieur (c'est là la fonction des messages alarmistes) tout en installant un possible champ de travail. Il a d'ailleurs suffi que les experts se neutralisent en ayant des avis contradictoires pour que les sapeurs-pompiers reprennent progressivement l'initiative en recréant, par le biais de décisions techniques, les conditions d'une intervention classique. L'avis d'un expert extérieur, disposant d'éléments d'appréciation assez limités, a suffi pour qu'une action soit engagée.

A posteriori la décision apparaît rationnelle puisqu'elle correspond aux recommandations faites par les fabricants d'engrais de NPK. Mais un examen de la procédure suivie montre que cette décision « technique » est en fait la conséquence d'un traitement de type symbolique de la situation. Le choix du noyage est en effet avant tout la conséquence de la réduction de l'incident aux capacités habituelles d'action des sapeurs-pompiers.

A la Préfecture, le cheminement par lequel a été assuré un retour à la normale a été plus complexe. L'absence d'approche directe de la situation sur le site — que ce soit en dépêchant des responsables réalisant effectivement une jonction entre les autorités du site et celles de la Préfecture (ce qui n'était pas le cas du sous-Préfet) ou que ce soit en effectuant une « prise » d'information (vérification systématique des informations, demande de bilan, etc), a abouti à transformer le site en terre inconnue. Et cela dans le même temps où le nuage se chargeait de toute l'inquié-

►



► tude de la situation. Ce transfert d'inquiétude n'a pas été suivi dans un premier temps d'une proposition de règlement : les premiers membres de la cellule de crise ont été dans une double incertitude puisqu'ils se trouvaient face à deux situations sur lesquelles ils n'avaient aucune maîtrise. Sous l'impulsion de l'expert dominant (le professeur d'Université), suivi dans ce sens par le Préfet, le nuage a été réputé toxique ce qui a rapidement conduit à envisager une évacuation de la population. Evacuation qui semblait d'autant plus possible que les forces de l'ordre étaient à pied d'œuvre et que les moyens des collectivités locales ainsi que ceux de l'armée étaient à disposition : là encore, il y a eu une adaptation de l'objet à traiter aux moyens les plus immédiatement disponibles. Une procédure de type symbolique s'est donc engagée puisqu'à un objet de terreur englobant toute l'inquiétude de la situation — le nuage toxique — a correspondu les moyens de s'y soustraire : l'évacuation. Ainsi un règlement de la situation a-t-il pu s'effectuer en déplaçant le problème de façon telle qu'une réponse puisse être trouvée.

A posteriori, c'est-à-dire une fois mieux connus les risques réels d'intoxication, les mesures prises par la cellule de crise n'apparaissent pas rationnels. Mais face à l'incertitude provoquée par l'incident et accentuée par le mode même de gestion de la crise, les choix effectués apparaissent assez efficaces, un règlement de type symbolique absorbant l'essentiel des énergies s'étant substitué à des solutions rationnelles qui n'ont pu être dégagées.

Cependant, et c'est peut-être là que l'on mesure la limite de telles procédures, cela n'a pas empêché la cellule de crise élargie, mise en place dans le courant de l'après-midi, de chercher à appréhender de nouveau l'événement sur le mode que l'on sait. A bien des égards les flottements de la cellule, qui a fonctionné « à la rumeur », sont la marque de l'existence d'un « refoulé » de la crise, à savoir la situation sur le site qui n'a pas vraiment été affrontée. Il est de ce point de vue tout à fait symptomatique que la crise ait été considérée comme réglée lorsqu'ont réussi les sapeurs-pompiers à maîtriser l'incendie. Et cela alors même que peu auparavant on s'inquiétait encore des effets possibles du nuage qui, bien

sûr, ne s'est pas aussitôt dissipé.

Conclusions

La crise de Nantes est caractéristique des crises où les événements initiateurs — l'incendie et le nuage — perdent rapidement leur impact en tant que réalité. La crise se développe en effet moins en fonction de leurs effets réels, qu'en fonction des perceptions successives de ces événements. Aussi qualifiera-t-on volontiers de « crise blanche » une situation qui a été essentiellement construite par l'ensemble des réponses des intervenants et selon une trame en partie pré-existante¹⁹.

L'accident de Nantes qui n'a provoqué aucune victime grave, directement ou indirectement, a constitué un bon test pour apprécier l'aptitude des échelons locaux de notre société à faire face à l'inconnu, pour identifier les procédures spontanément mises en œuvre pour assurer un retour à la normale. Ainsi a-t-on vérifié que nous vivions quasiment en permanence sous le spectre de la catastrophe virtuelle et qu'il suffit qu'un incident aux caractéristiques inhabituelles communique, d'une façon ou une autre, avec une catas-

Suite page 21.

PRÉVENTION DES RISQUES DANS LES STOCKAGES D'ENGRAIS

Le service de l'Environnement Industriel du ministère de l'Environnement résume de la façon suivante les principes de prévention présidant aux stockages d'engrais.

Les engrais à base de nitrate d'ammonium peuvent présenter, selon leur fabrication, leur formulation ou leur conditionnement, des risques pour l'environnement. Il est inutile à cet égard d'insister sur les catastrophes survenues à OPPAU (R.F.A.) en 1921, ou à TEXAS CITY (U.S.A.) en 1947 où plus de cinq cents personnes furent tuées sur chacun des sites ou dans le navire hollandais Sophocles, qui vit périr 3 personnes en 1965.

L'analyse scientifique de leurs risques conduit à les diviser suivant 2 types de formules :

- engrais simple à base de nitrate d'ammonium : risque d'explosion (OPPAU, TEXAS CITY, BREST...),
- engrais complexe comprenant, outre le nitrate d'ammonium, de l'acide phosphorique et du sel de potasse : risque de décomposition chimique avec formation de produits irritants ou toxiques (SOPHOCLES....).

Les conséquences induites par ces risques, pour l'environnement et la sécurité, sont telles que leur prévention est apparue comme indispensable. L'adage « Mieux vaut prévenir que guérir » s'applique ici encore une fois et il y est sans doute encore plus fondé compte tenu de la difficulté à maîtriser ces phénomènes qui ont lieu dans la masse même des engrais et des dangers auxquels les personnels de secours sont exposés (explosions, vapeurs irritantes ou toxiques).

Face à ces enjeux, la prévention des risques présentés par les engrais s'appuie sur des principes simples résumés ci-dessous. Ils sont répartis suivant 2 axes : d'une part les causes d'accidents et les moyens de limiter leur survenance, d'autre part les conséquences et les moyens de les limiter.

Les causes d'accident

En dehors d'une décomposition du produit sans intervention extérieure, situation qui ne peut être écartée a priori, ces causes sont essentiellement la production d'un point chaud ou d'une étincelle ou/et la présence de



matières extérieures combustibles ou réactives qui peuvent faciliter le démarrage de l'événement et son développement.

□ Pour éviter la présence de corps extérieurs combustibles ou susceptibles de jouer le rôle d'accélérateur de décomposition au sein et à proximité des stockages, il convient de :

- contrôler la présence d'impuretés à l'arrivée dans le dépôt. Ces impuretés peuvent être issues de la fabrication ou, plus souvent, des conditions de transport. Un navire ayant eu comme cargaison précédente des céréales peut ainsi créer un mélange engrais-céréales aux caractéristiques de combustion élevées,

- stocker en éloignant les autres substances éventuellement en dépôt,
- nettoyer fréquemment pour éviter la poussière, source d'impureté inflammable importante,

- employer des engins de maintenance qui ne peuvent répandre de liquides inflammables,

- employer, pour la construction et les aménagements du stockage, des matières incombustibles,

...

□ Pour éviter la présence de point

chaud ou d'étincelle, il convient de :

- ne pas fumer, ni effectuer de travaux avec des flammes ou à température élevée,
- utiliser des systèmes électriques prévus pour les atmosphères explosives et poussiéreuses en particulier pour l'éclairage et les équipements mécaniques,
- utiliser, pour les parties chauffées du local, des systèmes par circulation de fluide chaud,

...

Limitation des conséquences

Au cas où certaines des causes précitées apparaîtraient, il importe de pouvoir détecter rapidement l'événement et de limiter son extension et ses conséquences pour l'environnement.

□ Pour détecter rapidement, il convient de :

- avoir une surveillance régulière,
- ou/et disposer de détecteurs vérifiant constamment la température des tas.

□ Pour limiter l'extension, il convient de :

- fractionner les tas pour réduire les volumes en jeu,
- avoir des compartiments et éléments de construction coupe-feu,
- avoir des distances d'éloignement vis-à-vis des locaux ou maisons occupés par des tiers,
- avoir des dispositifs d'extinction rapide y compris des dispositifs pénétrant à l'intérieur de la masse d'engrais en réaction.

□ Pour limiter les conséquences résiduelles de pollution des eaux, il convient de :

- avoir des sols étanches,
- assurer une collecte et une évacuation appropriées des eaux d'incendie.

La réglementation française sur les stockages d'engrais s'appuie sur ces principes simples. Basée sur la loi du 19 juillet 1976 pour la protection de l'environnement, elle est mise en oeuvre par le Ministère de l'Environnement - Service de l'Environnement Industriel.

L'accident de Nantes a montré le non respect de plusieurs des règles élémentaires précédentes. Ces éléments ont été constatés et transmis par procès-verbal au Procureur de la République.

Au-delà de ce cas particulier aux conséquences heureusement limitées, il importe de sensibiliser les exploitants de ces dépôts d'engrais aux risques présentés, souvent considérés a priori comme banals et d'assurer avec vigilance le respect des règles à suivre.

► trophe passée pour que s'installe le phénomène de *faille*. C'est là un fait brut, renvoyant à la structuration actuelle des mentalités collectives et qu'il convient de prendre en compte tel quel : d'une certaine façon « la » catastrophe est présente avant même d'avoir lieu, ce qui a priori rend délicat toute gestion d'incident ou d'accident pouvant l'annoncer. On remarque à ce sujet que si l'on attribue généralement à la population et surtout aux médias une certaine propension au catastrophisme²², il s'avère qu'à Nantes nombre de responsables sont passés aux extrêmes de leur propre mouvement, révélant ainsi leur adhésion à des représentations collectives et, partout, leur faible capacité à assumer le rôle de médiateur face à l'inconnu²⁰

L'accident de Nantes a aussi permis de constater que face à la crise seuls les services ayant une pratique quotidienne de l'urgence ou susceptibles d'intégrer rapidement ce mode d'intervention, étaient en mesure de se mobiliser et de fonctionner de façon cohérente. Mais on a aussi remarqué que cette capacité de mobilisation et d'unification s'accompagnait d'un accès limité au stock de connaissance et d'action potentiellement disponibles à l'échelon local mais aussi à l'échelon national (voire international). Dans le cas de Nantes, les deux principales structures de gestion sur le site et à la Préfecture ont fonctionné de façon isolée, en recourant à leurs ressources propres, en se fermant à divers partenaires non dépourvus de compétences, et cela malgré la présence de représentants

de divers organismes et institutions au sein de ces structures. Là encore, il convient de prendre en compte comme un état de fait l'ensemble des clivages et des solidarités potentielles qui a priori déterminent au sein de l'appareil politico-administratif local, les relations entre les différents intervenants en cas d'accident majeur. A ce sujet, on doit noter que lorsque des plans d'urgence sont établis en fonction de ces données, ils ont une certaine réalité. Le plan rouge qui a résulté d'un compromis entre le Samu et les sapeurs-pompiers, a de fait servi de référence aux intervenants sur le site, même s'il n'a pas été déclenché. Par contre lorsqu'un plan d'urgence s'applique sans respect de ces « pesanteurs sociologiques », il risque vite de s'apparenter à une fic-

Suite page 23.



“LA HAUTE SECURITE” c'est aussi pour vous

Tous nos scaphandres offrent un large champ de vision grâce à un équipement de tête solidaire de celle-ci, lui permettant ainsi de suivre tous mouvements nécessaires lors d'une intervention.

De nombreuses options et accessoires apportent leur contribution à une sécurité maximale:

Z.I. de ST-ALBAN DE ROCHE - BP. 433
F 38311 BOURGOIN-JALLIEU CEDEX
Tel : 74.28.30.33 - Telex MATISEC 340 744 F



Pour en savoir davantage retournez le coupon réponse.

SOCIETE _____ Tel _____
ADRESSE _____
Nom du Responsable _____

tion. C'est notamment le cas du plan ORSEC qui a donné lieu à Nantes à une simulation dont on a vu quels pouvaient être les effets. Enfin, l'accident de Nantes montre dès que s'installe l'état de crise, que l'ensemble des décisions prises ont comme principal objectif de restaurer au plus vite une réalité dite normale. L'atteinte de cet objectif peut passer par une démarche de type rationnel visant à comprendre les causes de l'incident, ses effets afin de trouver les solutions les plus adaptées. Mais cette voie que l'on pourrait qualifier de royale est un peu idéale. Rares sont les situations qui permettent de l'emprunter aussitôt et ainsi de mettre un terme à la crise. Le plus souvent, des procédures de type symbolique pallient les défaillances en attendant que des procédures de type rationnel s'engagent. Dans le cas de Nantes, l'effondrement des procédures rationnelles a été tel que l'ensemble de la gestion de la crise a été sous l'emprise du symbolique. En effet, non seulement il y a eu, comme c'est fréquent une adaptation des objets de crise aux capacités de connaissance et d'action des intervenants — en ce sens on peut parler d'invention — mais la formation même des groupes des décideurs ainsi que leur mode de fonctionnement ont largement subi l'empreinte de cette nécessité symbolique qu'est la transformation au plus vite et à n'importe quel prix, de l'inconnu en connu. C'est d'ailleurs grâce à des arrangements symboliques dont la fonction est comparable à celle de la métaphore dans les mécanismes du langage, qu'un règlement de la crise a pu s'effectuer à Nantes, aussi précaire ce règlement ait-il été. Partant de l'exemple de Nantes, il est tentant d'ébaucher une théorie des situations de crise en insistant d'une part sur le primat du retour au connu et d'autre part sur la variété des réponses qui permettent d'assurer ce retour, la voie rationnelle — de loin la plus courte — n'étant qu'un des moyens. Mais avant une telle formalisation, l'étude d'autres crises, de nature différente, est nécessaire. Il apparaît notamment urgent de procéder à l'analyse des crises françaises les plus récentes avant que la mémoire ne s'efface.

Claude Gilbert
Chargé de Recherche au CNRS

Notes

1. E. L. Quarantelli, directeur du Disaster Research Center et Professeur de sociologie à l'Université du Delaware (Newark, USA), prend, dit-on, un soin extrême à présenter les informations recueillies en situations de crise à travers des « cas » imaginaires intégrant les données de plusieurs catastrophes.
2. Créé au sein du CERAT (Centre de Recherche de l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, équipe de recherche associée au CNRS et à la Fondation Nationale des Sciences Politiques), le Griphe est un groupe de recherche dont l'un des objectifs est d'étudier des situations de crise, notamment par la réalisation d'enquêtes lors des phases de post-crise.
3. Selon Karl Popper, rien ne peut s'établir dans le domaine des sciences, exactes ou non, s'il n'est pas réfutable. C'est à dire si les choix faits en matière d'analyse ne sont pas clairement exposés et si, par ailleurs, il ne peut leur être opposé d'autres choix. (La logique de la découverte scientifique, Payot, 1978.)
4. Il s'agissait non d'un « feu » proprement dit mais d'une combustion résultant d'une décomposition exothermique ne nécessitant pas d'oxygène.
5. « Le fait premier de la crise c'est l'épreuve du voile noir, du « black out ». Un trop brutal changement d'état qui étourdit : l'événement — « inconcevable » — submerge, déstabilise. Les fonctions, les relations, les missions du (ou des) système(s) qu'il frappe apparaissent hors de propos : le langage lui-même semble incapable de nommer l'épreuve qui survient. Les organisations concernées sont précipitées dans un univers étranger. » (Patrick Lagadec, L'action en situation de crise, in La Société vulnérable, ouvrage collectif dirigé par Jean-Louis Fabiani et Jacques Theys, Presses de l'Ecole Normale Supérieure, 1987). Voir aussi du même auteur : Etat d'urgence, Seuil, 1988.
6. Il est régulièrement fait état d'un ingénieur chimiste venu d'une entreprise voisine, d'un cadre de la Société Loiret et Haenjiens, d'un responsable du Port Autonome et même parfois d'un expert de la Sécurité Civile (ce qui semble peu probable compte tenu de l'heure) sans que les différents acteurs présents sur le site puissent être affirmatifs à ce sujet. Cela pose bien sûr le problème de la désignation, voire de l'auto-désignation des experts.
7. On peut s'interroger sur la nature de l'inquiétude du chef du corps de Nantes qui, bien que semblant redouter une explosion, ne prend aucune mesure dans ce sens, notamment en déplaçant le PC mobile.
8. La crise de Nantes prouve, si besoin était, que la communication entre les différents acteurs participant à la gestion d'une crise ne dépend que partiellement des moyens de communication. Les sapeurs-pompiers, la police, la gendarmerie, mais aussi les responsables de la ville de Nantes présents sur le site étaient en mesure d'établir un échange constant avec la Préfecture. Pour autant cette dernière n'a qu'une connaissance approximative de la situation sur le site ainsi que des résultats des mesures effectuées par la Cellule Anti-Pollution. En sens inverse, le chef du corps de Nantes n'a appris que vers 17 h le déclenchement du plan ORSEC.
9. Présents dès 12 h à la Préfecture, les journalistes nantais (presse et radio locales) ont souvent éprouvé des difficultés à s'informer. L'attachée de presse n'a pas été en mesure d'établir une liaison permanente entre les autorités et eux. Les entretiens avec le Directeur de cabinet ont été rares et souvent réalisés dans de mauvaises conditions (entretiens débout). Quant au Préfet ce n'est qu'au terme de la crise qu'il a tenu une conférence de presse qui coïncidait plus

ou moins avec l'arrivée des journalistes parisiens.

10. Cf. Claude Gilbert, *Le poids du virtuel, à propos des catastrophes*, Traverses, 1988.

11. Par appareil politico-administratif local nous entendons l'ensemble constitué par l'administration territoriale et les collectivités locales.

12. A cela s'ajoute la volonté du corps des sapeurs-pompiers de Nantes (qui relève maintenant d'un syndicat inter-communal) de ne pas accentuer sa dépendance à l'égard du SDIS qui contrôle la gestion du matériel sur l'ensemble du département et qui, avec l'installation d'un centre 18, devrait être destinataire des appels.

13. A noter que la régulation du SAMU a tenté d'établir une relation avec la cellule de crise de la Préfecture en fin de matinée, mais qu'elle y a renoncé compte tenu du manque de réceptivité de cette dernière.

14. CDF-Chimie AZF est l'auteur d'une note sur la façon d'attaquer les décompositions d'engrais (dont le NPK) stockés en milieu rural. Cette note a fait l'objet d'une diffusion par le SDIS en septembre 1986.

15. Des contacts ont été établis avec des experts du Ministère de l'Environnement par des ingénieurs de la DRIR, à travers le réseau propre au corps des Mines. Mais, à notre connaissance, cela a été sans effet sur l'appréciation de la situation.

16. Par contre des acteurs, de fait marginaux lors de la crise, ont été en relation avec des « systèmes-experts » : ainsi, le service d'Hygiène du Milieu de la DDASS a contacté le Centre Anti-Poison de Rennes et le SAMU une banque de données sur les risques chimiques localisée à Anvers (Big Anvers).

17. « Le corps préfectoral reste fermement attaché à son rôle opérationnel prééminent en matière de sécurité civile : recours obligé en cas de crise grave, incarnation du pouvoir régalién, le Préfet trouve là une source de légitimité » (in La répartition des compétences de sécurité civile entre l'Etat, les départements et les communes, E.N.A. Séminaires « La Sécurité Civile », Juillet 1986).

18. Notre approche des procédures symboliques s'inspire beaucoup de celle que fait Claude Lévi-Strauss de la pensée magique : « Au lieu (...) d'opposer magie et science, il vaudrait mieux mettre en parallèle, comme deux modes de connaissance inégalement quant aux résultats théoriques et pratiques (car, de ce point de vue, il est vrai que la science réussit mieux que la magie, bien que la magie préforme la science en ce sens qu'elle aussi réussit quelquefois), mais non par le genre d'opérations mentales qu'elles supposent toutes deux, et qui diffèrent moins en nature qu'en fonction des types de phénomène auxquels elles s'appliquent » (in La pensée Sauvage, Plon, 1962).

19. Le rapport que nous entretenons aujourd'hui avec les « catastrophes virtuelles » explique largement l'existence de scénarios de catastrophe qui tendent à structurer le comportement des acteurs ayant à faire face à une crise majeure.

20. Une crise comme celle de Nantes pose directement une question tendant à devenir centrale dans le domaine de la philosophie politique : les responsables politiques et administratifs qui, dans les démocraties occidentales, assument la fonction politique, ont-ils la capacité d'assurer cette double « médiation » qui consiste à arbitrer les intérêts au sein de la société et à articuler l'ensemble de la société avec ce qui lui est extérieur ou inconnu (voir à ce sujet les remarques de Claude Lefort in Permanence du théologico-politique, Le Temps de la réflexion, 1981).

NANTES LE 29/10 87

LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS PAR LA DIRECTION DE LA SECURITE CIVILE

Ces « enseignements susceptibles d'être dégagés par cet événement » ont été tirés par la Direction de la sécurité civile du ministère de l'Intérieur en janvier 1988. Le lecteur pourra utilement les rapprocher et les confronter à l'analyse de Claude Gilbert.

Les difficultés rencontrées

☐ Au niveau de la lutte

Il a été souligné à différentes reprises et par différents responsables qu'à aucun moment les moyens de lutte n'ont manqué. Cependant des difficultés d'intervention ont surgi pour des raisons naturelles, matérielles, humaines.

La première de ces raisons est le phénomène de la marée. L'eau nécessaire à l'extinction et au refroidissement est à 30 m en quantité inépuisable, dans le fleuve. Cependant avec la marée descendante les moyens de pompage n'ont pas la capacité de puiser de plus en plus vers le bas. Les deux remorqueurs du port, en manoeuvre vers 10 h, ne pensent commencer à avoir une action que vers 12 ou 13 heures. Il est nécessaire de prendre les quantités d'eau estimées nécessaires (700 m³/h) sur le réseau urbain dont la canalisation cède au bout d'un certain temps. Par ailleurs les remorqueurs demandés à St Nazaire ne sont pas arrivés. La possibilité d'embarquer à bord des moyens de pompage aurait résolu les problèmes de fourniture en eau.

Le vent, vers 15 h 00, en changeant un court moment de direction a posé aussi quelques problèmes.

Si l'on a efficacement créé un rideau d'eau pour protéger le dépôt de nitrate, on n'a pu disposer de lance pour attaquer directement le tas en combustion. Un industriel a fourni une lance spéciale qui s'est avérée inefficace. Les lances canon ne sont effectivement entrées en action qu'après 12 h 30. Des grondements sourds mais d'importance limitée faisaient encore craindre l'explosion vers 14 h 00.

Le troisième facteur de difficultés de lutte est d'origine humaine. Le facteur humain a agi en deux directions différentes : au niveau de

la conduite à tenir, le désaccord des experts a entraîné retard et flottement ; au niveau de la nature des produits en cause, il y a eu perte de l'information et des objectifs réels de lutte.

On a manqué de moyens de dosage et d'identification des gaz émis. Les vapeurs nitreuses ont été dosées 12 heures après le début du sinistre. A 4 h 00 du matin, on manque de tubes de mesures pour l'acide nitrique. Ce genre de tube, à durée de vie limitée, ne peut être stocké longtemps, et un échantillonnage complet, permanent, risque d'être périmé avant utilisation.

Le renouvellement sans usage des tubes périmés constitue aussi une charge financière non négligeable. Cette difficulté aurait cependant pu être évitée, du moins fortement atténuée par une bonne prévision en fin d'après-midi de l'estimation des besoins.

☐ La saturation des réseaux téléphoniques

Ce phénomène couramment perçu déjà lors de petites interventions a compliqué la tâche de tous les services et contribué à un quasi isolement de l'agglomération.

Une partie de la population, concernée ou non, a manifestement manqué d'informations cohérentes qu'il s'agisse de la nature et de la gravité du risque ou de la conduite à tenir, et ceci malgré le concours très positif des stations locales, régionales et nationales de radiodiffusion.

Le nombre d'auto-arrêt d'usines et d'auto-confinement enregistrés attire l'attention sur la nécessité de préciser dans les messages diffusés par les radios locales les zones géographiques affectées par les décisions prises.

On aurait ainsi évité l'arrêt d'urgence d'installations délicates dans le secteur de St Nazaire.

☐ Plans de desserrement et plans d'hébergement

L'existence de tels plans permet au préfet de définir très vite les points vers lesquels les populations seraient dirigées, et ce en toute connaissance de cause.

Les réticences souvent rencontrées pour l'élaboration de ces plans devraient tomber à la lumière de l'expérience nantaise.

☐ Comportement des populations

Les mesures de confinement nécessitent d'être accompagnées par des informations très fréquentes sur l'évolution de la situation.

Il semble que pour beaucoup la consigne d'évacuation ait été ressentie comme un soulagement, encore que les plus âgés aient souvent préféré rester sur place.

La présence physique des gendarmes, policiers ou sapeurs-pompier dans les rues permet de rassurer les gens qui peuvent se renseigner d'une façon moins impersonnelle, et se sentir moins isolés.

Encore faut-il que ceux qui patrouillent ainsi disposent eux-mêmes d'informations objectives et cohérentes, ce qui semble ne pas avoir toujours été le cas.

L'information doit donc être diffusée en priorité ou au moins simultanément, à ceux qui sont chargés de la relayer sur le terrain.

La décision de conserver les enfants des écoles sous la responsabilité de leurs maîtres, qu'il s'agisse du confinement ou de l'évacuation apparaît très bonne. Il faut qu'elle soit accompagnée d'une information précise en direction des parents sur :

- le fait qu'ils ne doivent en aucun cas chercher à reprendre les enfants,
- la destination et le point de séjour des enfants d'une même école.

L'interdiction de la circulation entrante a été un prélude à l'évacuation. Mais cette décision n'a pas toujours été perçue correctement, notamment par des parents venant rechercher leurs enfants.

Le recours aux transports individuels canalisés correctement, complétés par des moyens collectifs s'est avéré très efficace.

Cela le serait-il autant en zone à très forte densité de la population ?

Améliorations envisagées

L'actuelle législation des installations classées répond à un souci louable de répertoire et de distribuer en catégories les substances et les activités. Elle constitue une base,



mais d'application complexe et d'interprétation peu simple : elle manque de rigueur dans son souci faute d'effectifs à l'échelle du nombre des entreprises assujetties à cette réglementation complexe.

Un renforcement du contrôle s'impose, en ouvrant par exemple l'inspection des installations classées à d'autres catégories d'experts, notamment, des officiers de sapeurs pompiers. Les vérifications se doivent d'être fréquentes et pertinentes à défaut toute utilité.

(Cf à ce sujet la circulaire du 2 mai 1988 publiée partiellement en encadré dans ce numéro).

□ Emploi de la presse écrite et parlée
L'exemple nantais l'a prouvé une fois encore, les organes de presse écrite, parlée et télévisée répondent très bien aux demandes des pouvoirs publics.

La difficulté est de les alimenter régulièrement et de mesurer la qualité des informations mises à leur disposition, notamment sur le plan technique. Ainsi le 29 octobre vers 15 h 00 des informations relatives « au nuage de chlore » étaient encore diffusées alors que l'on savait de longue date qu'il s'agissait de vapeurs nitreuses.

Il y a là manifestement nature à réflexion.

□ Équipement des personnels de police et de gendarmerie.

Seuls les sapeurs-pompiers disposent, et encore souvent en nombre insuffisant, d'appareils respiratoires isolants d'une autonomie de 30 minutes environ, mais assurant la protection contre tous les gaz toxiques.

Les appareils à cartouche filtrante dont sont dotés les services de police et de gendarmerie ne sont pas adaptés et peuvent même être dangereux (cartouches filtrantes non prévues pour le produit dont on doit se protéger...).

Il y a là un problème bien réel d'équipement et de formation pour ces services.

La réaction des municipalités et de la population démontre que face à un événement dramatique le calme et la discipline ont été conservés par tous. Même en admettant l'existence de facteurs favorables, ceci prouve qu'une mesure d'évacuation ou une menace toxique ne sont pas obligatoirement génératrices d'affolement, de panique ou de sauve qui peut.

Un dernier enseignement mérite d'être souligné. La mobilisation de toutes les administrations a été rapide mais l'habitude d'un certain nombre de fonctionnaires à travailler ensemble a joué un rôle déterminant. Ces équipes entraînées à coordonner leurs actions sous l'égide du Cabinet du Préfet facilitent les prises de décision et la coordination des opérations. Les relations inter-services sont à développer sur le terrain en toutes occasions. Elles constituent la meilleure garantie du suivi des risques et de l'efficacité des interventions.

Sur un plan plus technique, l'adaptation à la menace chimique entraîne, l'obligation de disposer au niveau local de groupes d'experts qualifiés et de moyens d'investigations : les uns et les autres devant être disponibles à tout moment, dans les délais les plus courts. L'estimation des

produits en cause, leur identification et leur dosage autorisant seuls une évaluation objective de la situation et l'adoption des dispositions les mieux appropriées pour la protection des populations.

Quant aux moyens d'investigation, un gros effort sera nécessaire pour réaliser une infrastructure convenable. La meilleure utilisation des ressources locales se heurtera toujours à l'absence de permanence des moyens en dehors des heures ouvrables dans les entreprises privées et la plupart des administrations.

Une cellule mobile d'intervention chimique devra être opérationnelle à Nantes dans les meilleurs délais et disposer d'un effectif suffisant et d'un matériel adapté en volume et en qualité.

- Les mesures des concentrations au sol posent le problème de la connaissance des produits dont la présence est recherchée, puis celui de l'approvisionnement en moyens de mesures (tubes réactifs en particulier).

Les circuits de mesure doivent être organisés méthodiquement : il convient de nommer un responsable pour cette mission très importante.

- Les mesures de concentration dans le nuage doivent être faites par avion léger ou par un ballon-sonde de préférence à l'hélicoptère qui interdit par son mode de sustentation tout prélèvement significatif et exploitable.

La connaissance d'abaques expérimentaux de dilution de certains produits utilisés comme référence permet de ne pas surestimer les zones qui seront concernées.

L'usage instinctif du téléphone par les particuliers rend inévitable la saturation des réseaux publics lors de tout événement majeur. Il en découle la nécessité de renforcer les équipements téléphoniques des administrations et des collectivités afin de conserver, en cas de crise, un éventail de liaisons préservées. Des lignes spécifiques en nombre suffisant permettront la permanence des communications en toutes circonstances. Des voitures équipées de radio sont également nécessaires.

L'installation de lignes téléphoniques directes entre la préfecture et les mairies des secteurs pouvant être concernées apparaît comme une nécessité pour pallier les effets d'une saturation du réseau public en cas de crise.

Catastrophes toxiques

XXV^e Congrès
des Centres Anti-Poisons

Paris - 21 - 23 septembre 1987

Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale

Directeur : Professeur Louis ROCHE
Université Claude-Bernard
Faculté de Médecine Alexis-Carrel
LYON (France)

N° 137

MASSON 
PARIS · MILAN · BARCELONE · MEXICO

Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale

Nuage toxique sur le Havre. Une ville prise au dépourvu

7 octobre 1986

E. BOSSUYT (*), C. HANSEN (**), A.J. ROTH (***), M. BIGO (***),
M. BOUVREAU (*), C. DRIEU (****)

(*) Interon

(**) Chargée de Formation

(***) Anesthésiste-Réanimateur

(****) Directeur Médical

SAMU-Centre 15 - Centre Hospitalier - B.P. 24 - 76083 Le Havre Cedex

Le Havre est une ville de 350 000 habitants bâtie sur la rive droite de l'estuaire de la Seine entre les collines et la mer. Sa croissance s'est faite en absorbant les petites villes environnantes.

Le port du Havre, situé sur l'axe maritime le plus fréquenté du monde : la Manche - Mer du Nord, s'enfonce dans les terres à la rencontre de la zone industrielle qui s'étend sur une trentaine de kilomètres. Trente-deux entreprises classées SEVESO, soit 13 % du parc national, sont implantées sur le Havre et Notre-Dame-de-Gravenchon.

La population du Havre est habituée aux odeurs caractéristiques de l'activité industrielle. La pollution atmosphérique y est paradoxalement relativement bien acceptée, car elle correspond à l'outil de travail. Par an, existent une vingtaine d'alertes à la pollution. Il y a quelque temps, un film a été tourné « Ça sent mauvais, il fait beau... ».

A l'initiative du Sous-préfet du Havre et des industriels, une réflexion approfondie est menée depuis longtemps pour déterminer les modalités d'action en cas d'accident technologique.

Par ailleurs, le SAMU, avec l'appui du Comité de l'Industrie, a développé auprès des entreprises un programme de formation visant à

améliorer les soins d'urgence en cas d'accident grave, et à assurer une continuité de doctrine entre le système de soins intérieurs à l'entreprise et ceux extérieurs.

Cette réflexion a été stimulée depuis juin 1982 par la directive SEVESO, qui oblige les industriels à réaliser des études de danger, débouchant sur des plans d'orientation interne et des plans particuliers d'intervention.

Nuage toxique sur la ville

Le 7 Octobre 1986, une odeur forte et désagréable apparaît sur le Havre à partir de 9 h du matin. De nombreux appels de la population et du monde du travail sont émis vers différents services publics : la DRIR, la Police, les Pompiers, la Vigie du Port-Autonomie, les journaux, la Météorologie, le Bureau d'Hygiène de la Ville du Havre, et plus tard le SAMU.

A chaque instant, des appels de plus en plus nombreux sont enregistrés au niveau des standards de ces différentes structures, et le nombre des appels est suffisant pour faire penser aux personnes qui assurent la permanence qu'il s'agit d'un événement grave. Le chef de garde des Sapeurs-Pompiers voit même se dessiner sur la carte, en fonction du temps selon la provenance des appels, le développement du nuage.

Son inquiétude est d'autant plus grande que le nombre d'appels provenant des quartiers initialement touchés ne diminue pas, tandis que d'autres quartiers subissent la progression du nuage. Ces faits sont interprétés comme le signe d'une fuite persistante.

La teneur des messages d'alerte est de nature différente. Tantôt, les gens signalent qu'ils sont incommodés, gênés, ou ont des maux de tête. Tantôt, c'est l'odeur qui est insupportable. Et même dans ce cas, on peut supposer que des odeurs différentes sont perçues, ce qui est le premier élément qui pourrait faire penser à une origine non-unique de la pollution.

Et puis soudain, l'ensemble du problème se focalise sur le LEP « Les Vikings », établissement scolaire situé à l'intérieur même de la zone industrielle du Havre. 27 élèves et 2 membres du personnel sont particulièrement touchés par une intoxication dont les signes sont

essentiellement muqueux, oculaire et respiratoires, avec sensation de froid et de malaise général intense.

La recherche de l'origine

Le 7 octobre dans l'après-midi, la DRIR - Direction Régionale de l'Industrie et de la Recherche - publie un communiqué qui débute ainsi : « Au début de la matinée du 7 Octobre 86, un accident technologique survenu dans l'usine Atochem (usine classée SEVESO à Gonfreville-l'Orcher), a eu pour conséquence un rejet dans l'atmosphère de styrène et d'éthylbenzène. Le styrène et l'éthylbenzène sont des hydrocarbures aromatiques dont les vapeurs peuvent provoquer l'irritation des yeux, du nez et des voies respiratoires, éventuellement accompagnée de vomissements. Les conditions météorologiques du moment (inversion des températures, vent d'Est), ont fait que cette nappe gazeuse a stagné au niveau du sol et qu'elle s'est propagée vers les zones habitées. C'est ainsi que 27 élèves et 2 membres du personnel du LEP « Les Vikings » ont été incommodés par les produits en cause, et ont dû être hospitalisés ».

Ainsi dans l'après-midi, la DRIR affirmait la responsabilité de l'usine Atochem dans un rejet de styrène et d'éthylbenzène. Comment est-elle arrivée à ces conclusions ? L'odeur ressemble à des hydrocarbures ; il n'y a que deux ou trois usines au Havre qui peuvent être concernées. La DRIR appelle par téléphone les responsables de ces entreprises. Toutes les réponses sont négatives. En insistant, elle fait découvrir à la direction d'Atochem qu'il y a eu interruption de production et qu'un incident s'est passé lors d'un changement de quart. C'est le fonctionnement du dispositif de sécurité consécutif à l'arrêt d'urgence de l'Unité de Polymérisation, qui a entraîné le rejet dans l'atmosphère de styrène et d'éthylbenzène. Les quantités de produits émises à l'atmosphère sont très largement minimisées.

Ces risques font partie des risques connus (3 fois par an environ). La direction d'Atochem dit qu'elle a été laissée dans l'ignorance, et que le Service de Sécurité lors de sa ronde n'a rien remarqué. C'est pour cela que la direction de l'usine n'a pas prévenu les Services compétents lorsque l'incident s'est produit, ce qui a eu pour conséquence de ne pas déclencher le Plan de Secours et de Soins prévu, faute d'alerte...

Parallèlement à la DRIR, le Service de Sécurité du Port Autonome, concessionnaire des terrains sur lesquels sont installées les entreprises, cherchait à détecter l'origine possible de la pollution. Ce Service était

capable de connaître l'ensemble des zones touchées, car il en avait été informé par les entreprises et par les ouvriers travaillant sur le port.

Lorsque la DRIR affirme avoir trouvé le coupable, des membres du Service de Sécurité du port étaient sur le point de pénétrer dans une autre entreprise de la zone industrielle d'où s'échappaient des fumées très inhabituelles. Dès lors, toute recherche est arrêtée...

Aucune analyse de l'atmosphère n'est faite de façon sérieuse au cours de la pollution, et tout fonctionne comme si, en accusant sans preuve formelle une entreprise, en dénommant le gaz responsable que l'on dit unique et de faible toxicité, on crée un exutoire à une angoisse légitime concernant un accident technologique non-maîtrisé.

Une ville prise au dépourvu

Les différents services ou structures alertés par téléphone lors de la pollution atmosphérique, ont peu communiqué entre-eux au moment de l'alerte, et n'ont pas fait partager à leurs partenaires les informations dont ils disposaient au tout début.

Au départ, les échanges d'informations entre Pompiers, Police et SAMU, ont été peu importants. Les services de la Mairie ont surtout communiqué entre-eux, mais ils n'ont pas eu de rôle déterminant dans la recherche de la cause, bien que le Laboratoire municipal soit un Service de la Mairie.

Le Plan de Soins et de Secours n'a pas été déclenché, car il prévoyait que c'est l'industriel responsable qui doit être à l'origine de l'alerte.

Alors que l'ensemble de la ville était touchée, tous les Services de Secours se sont concentrés en fait sur le LEP. Il y a eu une focalisation du problème, les différents moyens de secours se comportant comme si cet établissement scolaire était le seul à être victime de la pollution.

Le Proviseur, qui a l'habitude d'effectuer des manœuvres d'incendie, déclenche l'alarme, ce qui a pour effet de regrouper à l'air libre dans la cour tous les enfants.

Vingt-sept enfants et deux adultes sont conduits à l'hôpital, alors que le Recteur décide l'évacuation du lycée, ce qui a pour effet de disséminer 400 intoxiqués potentiels dans toute la ville. Cette décision est prise alors que rien ne permet d'éliminer un risque toxique retardé.

L'ingénieur chimiste des Pompiers est démobilisé d'emblée, car il sait qu'il n'a pas les moyens adaptés pour détecter et analyser la pollution.

Certains ne pensent qu'à créer l'événement médiatique, le Proviseur du LEP se trouve sous les feux des projecteurs. D'autres personnes veulent au contraire rassurer et font afficher sur les panneaux d'information de la ville du Havre : « Aucun risque sanitaire », alors qu'au même moment, un convoi d'ambulances conduit vers l'hôpital 30 personnes.

Sur place au LEP, les intervenants du SAMU ne disposant d'aucune protection respiratoire sont eux-mêmes intoxiqués. Lorsque les victimes sont admises à l'hôpital, leur état est rassurant, mais les analyses sont réalisées dans de mauvaises conditions, faute de renseignements précis par absence de banque de données.

La direction de la Sécurité Civile de Paris, les journaux parisiens, étaient prévenus qu'il y avait une pollution au Havre, avant même que les instances havraises aient pris conscience de l'importance de celle-ci. Les autorités locales avaient le sentiment d'être « doublées ».

Le doute imaginatif : un moteur de l'action

La ville du Havre a été ce jour-là l'objet d'une pollution atmosphérique importante, même si les effets sur les personnes ont été bénins. Les conduites à tenir au niveau des organismes spécialisés et au niveau de la population, les réactions, ne semblent pas avoir été suffisamment adaptées. Les informations communiquées laissent apparaître des zones d'ignorance certaine, ainsi très peu de personnes semblent avoir pensé à la présence de plusieurs gaz et à des interactions possibles. Très peu disent avoir pris en compte le risque d'effet toxique retardé. Le critère de toxicité du nuage est resté basé sur la non-aggravation de l'état des personnes atteintes, après environ 2 heures d'observation.

Après un certain temps de latence, les échanges d'informations ont été très intenses entre les différents partenaires, tant que la cause du nuage restait inconnue. Lorsqu'une origine a été affirmée, il a existé une démobilisation chez la plupart des partenaires, si bien que les demandes de renseignements arrivés ultérieurement ont été plutôt considérées comme inopportunes.

Certains décideurs très impliqués n'ont pas eu, au cours de la journée, la notion que presque tous les quartiers de la ville avaient été touchés, voire qu'il y avait eu des personnes hospitalisées.

Autant on connaît le mot « pollution » avec ses côtés chroniques néfastes, autant les risques aigus liés à la pollution atmosphérique par un gaz toxique ne sont pas entrés dans le champ de nos consciences, de nos schémas mentaux, et ce d'autant plus que l'origine de la pollution n'est pas identifiée. Cette menace semble fonctionner comme si c'était une forme moderne de la colère des dieux, paralysant les imaginations et plongeant les individus dans des comportements réactionnels basés sur des schémas classiques, pour y trouver une certaine sécurité.

Ainsi, le Directeur de l'école sonne l'alarme incendie et regroupe l'ensemble des élèves dans la cour... Le Recteur d'Académie fait évacuer le LEP, disséminant dans toute la ville des intoxiqués potentiels.

Ces inadaptations ont des conséquences dont on voit bien qu'elles pourraient être graves. L'information préalable de la population paraît donc essentielle.

Les connaissances en matière de toxicologie industrielle restent très imparfaites, et il serait souhaitable qu'on y applique les mêmes méthodes qui ont fait leurs preuves dans le domaine de la toxicologie médicamenteuse. Il est nécessaire de constituer des banques de données pour définir des conduites, analyser les problèmes, dépister chez des intoxiqués éventuels des signes chimiques de l'atteinte.

En matière d'accidents technologiques, les incertitudes, les doutes, ne doivent pas paralyser la mise en place de contre-mesures. Faire des hypothèses rapides, savoir les remettre en cause dans une dynamique de doute imaginatif comme moteur de l'action, n'est-ce-pas la seule solution à adopter devant ce type de risque ?

B - LA CRISE "PRODUIT"

Johnson & Johnson**«The Tylenol comeback»**

A special report from the editors of *Worldwide*, a publication of Johnson & Johnson Corporate Public Relations. Non daté (vraisemblablement décembre 1982).

RESUME

Le texte, rédigé par le service des relations publiques du groupe, identifie les aspects principaux de la réplique de J&J à la crise Tylenol : les actions immédiates, le capital qui permit la survie, les actions de communication.

DEVELOPPEMENTS

Pour faire face à la crise d'octobre 1982, J&J a joué sur plusieurs lignes de forces. En moins de huit semaines le groupe avait récupéré un niveau de vente équivalent à 80% du niveau d'origine.

Une réplique immédiate

La plupart des responsables de J&J pensent que la reconquête n'aurait pas été possible si le groupe n'avait pas réagi rapidement et pris une série de mesures critiques pour le maintien de la confiance du public :

- Le retrait précoce des flacons de Tylenol à Chicago.
- La mise en place d'un système d'appel téléphonique gratuit pour prendre en charge les demandes d'information des consommateurs.
- Des communications rapides et fréquentes avec la communauté médicale.

Surtout, de façon générale, J&J suivit une politique de relations publiques responsable et ouverte, mise en œuvre à tous les niveaux, qui aida à minimiser le développement des rumeurs et de la mauvaise information, et permit d'apporter un éclairage utile aux médias et aux consommateurs.

La dimension marketing

- Les flacons de Tylenol furent réintroduits au mois de novembre avec un conditionnement présentant une triple sécurité. L'entreprise était ainsi la première à se conformer aux nouvelles normes prescrites en la matière par la FDA.
- Des coupons de réduction de \$2.50 furent mis en circulation à travers la presse, et à partir d'une ligne à appel gratuit où toute personne pouvait déposer une demande pour de tels coupons.
- Des réductions allant jusqu'à 25% furent accordées aux vendeurs pour reconquérir les rayonnages.
- Un nouveau programme de publicité fut préparé pour lancement en 1983.
- Plus de 2250 personnes de la force de vente du réseau général (les affiliés de J&J) furent mobilisées pour faire des exposés aux médecins et autres personnes de la communauté médicale, en appui à la réintroduction du produit (70% des utilisateurs ont en effet eu recours au Tylenol suite à une recommandation médicale). Un million d'exposés devaient ainsi pouvoir être réalisés avant la fin de l'année.

Cette action de relance était motivée par le fait que la qualité intrinsèque du produit était solidement reconnue. Les facteurs positifs étaient en effet les suivants :

- Le Tylenol est un meilleur produit que ses concurrents; en particulier, il est aussi bon que l'aspirine sans en avoir les inconvénients.
- Le Tylenol continue de jouir du support de la communauté médicale : 50% des médecins continuèrent à prescrire le produit pendant la crise d'octobre.
- Les consommateurs comprennent que l'affaire de Chicago n'était pas de la responsabilité de J&J. 80% des personnes interrogées dans un sondage comprenaient que le Tylenol avait été empoisonné après sa sortie d'usine.
- Le nouveau conditionnement est particulièrement bien perçu par le public (77% rachèteront sans hésitation ou probablement le produit).

Un double atout : une culture d'ouverture, un capital de confiance

A la base, J&J put compter sur une charte interne très solide, ainsi que sur de très bonnes dispositions de l'environnement à son égard. En interne, il y avait le "credo" défini 40 ans auparavant par le fils du fondateur, Président de 1938 à 1963. Ce texte était particulièrement en avance sur son temps :

"Ce point apparaît très clairement : les institutions tant publiques que privées n'existent que parce que les gens les veulent, croient en elles, ou tout au moins sont désireux de les tolérer. Le temps est révolu, s'il a jamais existé, où l'activité économique était une affaire privée. Dans une société économique, tout acte d'affaire a des conséquences

sociales et peut soulever l'attention du public. A chaque fois que, dans les affaires, on loue, construit, vend, ou achète, on agit pour le public comme pour soi même, et l'on doit être prêt à en assumer la totale responsabilité..." Le groupe fit des efforts importants pour donner vie à ce credo. Des réunions furent organisées sur le thème, qui rassemblèrent plus de 4 000 employés : elles étaient toutes présidées par le Président lui-même. En 1975, des discussions au plus haut niveau furent lancées pour réexaminer la formulation du credo, qui fut quelque peu modifiée, le credo originel restant largement intact.

C'est dans la ligne de cette charte que furent inscrites les actions immédiates lors de la crise : la sécurité et le bien-être des consommateurs devaient passer au premier rang, les autres aspects devenant secondaires. La réponse apportée était inscrite en première ligne de la charte : "Nous croyons que notre première responsabilité est de satisfaire les médecins, les infirmières, les patients, les mères, et tous ceux qui utilisent nos produits et services..."

En externe, J&J put compter sur un capital de bonne disposition à son endroit : outre les employés, les consommateurs, les actionnaires, la communauté médicale, des groupes indépendants (comme le Conseil des Eglises du New Jersey) soutinrent l'entreprise. La force de vente travailla de façon extraordinaire pour sauver J&J.

Un programme de communication de grande échelle

Il s'est agi d'un monstre : 80 000 coupures de presse, 2 000 appels téléphoniques, des centaines d'heures de reportages radio et télévisés. Selon un éditorial, ce fut l'affaire la plus couverte depuis la guerre du Vietnam. L'entreprise réagit avec vigueur pour tenir sa place sur ce terrain. Parmi les initiatives prises, on peut relever :

- Etablissement d'une ligne directe gratuite pour les consommateurs, dans la première semaine de la crise : 136 000 appels dans les 11 jours qui ont suivi l'annonce de la mise en place de ce service, le 11 novembre au cours d'une conférence de presse du Président. Des firmes spécialisées furent sollicitées pour traiter ces appels, ce qui soulagea J&J, permettant à l'entreprise de poursuivre ses affaires.
- Une page entière de publicité dans les principaux journaux du pays, le 12 octobre, offrant la possibilité d'échanger les flacons pour des tablettes.
- Par deux fois, en octobre, envoi de lettres à ses employés et retraités, pour leur donner les informations importantes et les remercier de leur aide et appui. En particulier, les lettres demandaient instamment aux destinataires de plaider pour le retour des tablettes des étalages d'où elles avaient été ôtées.
- Spot publicitaire de 60 secondes, en octobre et novembre, montrant le directeur médical annonçant le retour imminent des flacons sous un autre conditionnement.
- Visite auprès de plus de 160 parlementaires à Washington, pour plaider la mise en place de nouvelles dispositions, comme par exemple l'inscription de la malveillance sur les produits de consommation comme un crime, appui à la FDA pour une action publique en faveur des conditionnements de sécurité.
- Les plus hauts responsables se sont exprimés dans les colonnes et sur les chaînes les plus importantes; d'autres responsables ont été formés pour répondre à des interviews.
- Quatre films vidéo (trois heures) ont été réalisés sur la crise et le retour du Tylenol, distribués ou présentés aux employés et aux retraités.
- Le rapport trimestriel d'octobre a informé les actionnaires de l'impact du retrait des flacons.
- Un film vidéo de 4 minutes, à destination des télévisions, a été préparé montrant la fabrication de conditionnements de sécurité.
- Toutes les lettres adressées à J&J ont fait l'objet d'une réponse. 3 000 demandes avaient ainsi été traitées pour la fin du mois de novembre.

Steven FINK

Crisis Management – Planning for the Inevitable

Amacom, American Management Association, 1986

(135 West 50th Street, New York, NY 10020)

THE RELY TAMPON CRISIS

LE CAS DU TAMPON HYGIENIQUE DE PROCTER ET GAMBLE

Au mois de septembre 1980, après 150 ans de succès, Procter et Gamble retirait un produit du marché, pour un coût de 75 millions \$, et en dépit du fait que l'on disposait d'aucune preuve formelle de la culpabilité de ce produit.

Les intervenants :

- E. Harness, PDG de P & G.
- O. Butler, vice-président.
- J. Smale, directeur général.
- T. Laco, directeur général adjoint. (190)

L'entreprise était connue pour le soin méticuleux apporté à toute introduction de produit : des mois ou des années de test. Les tampons "Rely" allaient cependant être liés à tort ou à raison à des morts. (191)

Le point n'est pas ici d'établir ou non la responsabilité effective du produit, mais de cerner les questions de gestion de crise :

- Comment P & G a-t-il pu décider en une semaine de retirer son produit, testé pourtant pendant près de 20 ans et distribué depuis 5 ans et demi ?
- Comment P & G a-t-il même pu considérer cette décision, en l'absence de preuve formelle ?
- P & G a-t-il agi trop vite ? trop lentement ?
- De façon générale, comment ce géant a-t-il géré cette crise ?

Tout commença le 13 juin 1980 par un appel du Center for Disease Control (CCD) d'Atlanta, qui contacta des fabricants de tampons hygiéniques et les invita à une réunion de deux jours pour les 25 et 26 juin. Il s'agissait d'examiner les résultats d'une investigation préliminaire montrant un lien statistique entre le Toxique Shock Syndrome (TSS) et l'usage des tampons. Les études n'établissaient pas de lien entre le syndrome et une marque quelconque. Mais deux études réalisées par les services de santé des états du Wisconsin et du Minnesota établissaient bien un lien avec la marque Rely. P&G avait 18% du marché (3ème position).

Dans cette première phase, P&G commença à recueillir, lentement, des informations internes sur l'usage du tampon. L'entreprise demanda d'avoir accès aux études du CCD, ce qui lui fut refusé, en raison du Privacy Act. Les données recueillies ne permettaient toujours pas à la firme d'établir un lien entre le Rely et le TSS observé. L'été fut consacré à des études de laboratoire (192) : toujours aucune indication positive. P&G espérait que l'on arriverait donc à une classement de la question.

Mais le 15 septembre, le CDC publia une seconde étude, dont les résultats étaient cette fois beaucoup plus mauvais pour P&G : sur 42 TSS, 71% pouvaient être rapprochés d'un usage de Rely.

P&G se trouva immédiatement sur la défensive. Et la FDA, comme le dirent eux-mêmes ses responsables, fit tout ce qui était en son pouvoir pour maintenir P&G dans cette position : utilisant les médias, l'agence fédérale s'assura que le public était constamment informé de l'implication de Rely dans le problème du TSS. Elle joua ainsi de l'arme des médias, repoussant par exemple tel communiqué de presse pour accroître l'effet d'annonce.

On peut s'étonner de l'acharnement de la FDA, P&G n'ayant jamais fait montre d'une attitude négative. Mais on peut noter aussi que le groupe n'avait pas bien utilisé la phase de montée de la crise. Durant l'été, il aurait fallu faire davantage que des tests : mettre en place une capacité de gestion de crise. *Personne ne se posa la question de savoir ce que le groupe ferait si le Rely était mis en cause.* (193) C'est précisément en raison de cette absence de planification que lorsque la FDA appela en urgence le 15 septembre le groupe fut pris au dépourvu : les trois principaux dirigeants étaient en mission au même moment (dont deux à Seattle...) Et la FDA exigeait une réunion le lendemain à Washington.

P&G agit rapidement. La première décision fut de nommer un responsable de crise à la tête d'une équipe, en autorisant personne d'autre à s'intéresser au problème – pour garantir un bon isolement de la crise.

La crise, il faut le souligner, avait été identifiée par la FDA. Le CDC laissait entendre que le TSC pouvait être mortel. La FDA mettait en cause le Rely. Le public entendait : "le Rely tue".

Les recherches de P&G ne confirmaient pas le diagnostic de culpabilité du Rely, mais ne parvenaient pas non plus à l'infirmer. L'enjeu était la crédibilité du groupe et son nom; la décision fut prise que cela était plus important que la marque. (194)

La réunion à Washington fut l'occasion pour la FDA de signifier clairement à P&G que l'administration souhaitait le retrait immédiat du produit – sauf si le groupe avait des justifications solides pour recommander une autre politique. La FDA donnait une semaine, et une semaine seulement à P&G pour examiner les résultats du CDC et y apporter une réponse. Cette semaine allait être critique pour P&G. (195)

Le groupe prit la décision de stopper la production du Rely. Il fallait éviter que l'ombre portée sur ce produit n'affecte le groupe dans son entier.

Mais cela ne fut pas le problème majeur. Un journaliste apprit cet arrêt de production et le fit savoir. L'impression générale fut que P&G savait quelque chose mais ne le disait pas. Cet arrêt de production ne fit que générer davantage de pression sur le groupe.

La décision de stopper "sans vague" la production, fut prise sans conseil en communication. Les responsables des relations publiques furent exclus des réunions de décision.

Cela reflétait la culture de l'entreprise en matière d'information : ne fournir que ce qui est strictement nécessaire.

De façon générale, il faut toujours partir de l'hypothèse que toute décision deviendra publique. Il faut donc inclure des experts en relations publiques dans les processus de décision, même si l'on est convaincu que rien ne transpirera.

Dans ce cas précis, le groupe aurait pu anticiper les réaction à l'information sur l'arrêt de la production, et aurait pu prendre l'initiative, en informant lui-même.

Mais il y eut d'autres difficultés. (196) Le 19 septembre une étude de l'Utah State Health Departement fit état d'un autre lien entre le TSS et le Rely. Pire : durant le week-end du 19-22 septembre, les scientifiques de P&G, tout comme un groupe de scientifiques indépendants, se montrèrent incapables de fournir à P&G les munitions qui lui auraient été nécessaires. Le rapport interne était désespérément peu concluant – on ne pouvait dire, notamment, si les cas répertoriés étaient ou non les signes d'un mal bien plus large; les scientifiques indépendants ne pouvaient apporter d'assurances plus fortes.

Les dirigeants de P&G opérèrent un retournement total. Eux qui étaient déterminés à ne pas laisser une marque attaquée par une poignée de bureaucrates, annoncèrent le lundi 22 septembre le retrait des tampons Rely. Comme devait le dire le Président, il s'agissait d'une décision simple, mais très sensible. ("It was, in the end, an utterly simple decision to make. But it was a very emotional one").

Les options de P&G étaient les suivantes :

- Contester ouvertement les résultats de l'administration, en les qualifiant de non significatifs, (197) et présenter ses propres recherches. Cela aurait intensifié la crise; les résultats de P&G seraient apparus suspects: il y aurait eu une publicité négative accrue, une perte plus forte de la part de marché pour les tampons, une atteinte plus marquée au nom, à l'image et aux autres produits de P&G; pire, cela n'aurait conduit qu'à un retrait imposé par l'administration.
- Appliquer des étiquettes de mise en garde sur les produits, comme le souhaitait la FDA.
- Retirer le produit pour une période temporaire, dans l'attente d'informations supplémentaires sur le TSS. Au regard des réactions enregistrées à la suite de l'arrêt de la production, cette solution apparut peu judicieuse.
- Le retrait pur et simple du produit.

Il y a un accord général sur l'opportunité de la décision de P&G, le retrait pur et simple du produit. Reste la lenteur de l'action du groupe, qui s'explique par la faible mobilité d'un géant, et par le fait que les dirigeants et autres experts du groupe avaient la conviction que les études internes ne pouvaient être inexactes. (198)

Deux autres cas de géants confrontés à un retrait de produit

Firestone

Un des pneus de la firme apparut dangereux à l'administration, après réception de milliers de plaintes. Firestone lui-même reconnut que 34 morts pouvaient être liés au pneu en question. Mais Firestone choisit de blâmer les consommateurs : surcharge, pneus mal gonflés, chocs, vitesse excessive... De façon répétée, la firme tenta de

bloquer toute investigation (elle y réussit quelque peu au début) et mit en question les véritables motivations de ceux qui menaient ces études. L'entreprise tenta même de faire supprimer les résultats d'une étude financée par l'administration. Une multitude d'action de la part de Firestone conduisit à des retards répétés. Elle répondit avec une extrême mauvaise volonté aux demandes reçues de l'administration en matière d'étude.

Ford

Pendant plus de huit années, réussit à écarter une norme gouvernementale qui l'aurait forcé à revoir la conception du réservoir d'essence des Pinto – voiture accusée au long de ces huit années de la mort de 500 à 900 personnes, brûlées dans leur voiture. (199)

Ford utilisa trois tactiques d'esquive principales :

1. Ford fit valoir ses arguments l'un après l'autre, en faisant en sorte que l'administration ait besoin du maximum de temps pour les réfuter.
2. Ford, comme Firestone, mit en cause le consommateur. Ford souligna par exemple que les personnes seraient mortes de toute façon en raison de l'impact, même en l'absence d'explosion du réservoir d'essence.
3. Ford accompagnait chaque explication d'une montagne de données techniques (des milliers de pages), obligeant l'administration à des examens interminables.

Ford, enfin, menaça de fermer l'entreprise si l'administration imposait des normes trop coûteuses.

P&G aurait pu jouer cette stratégie du combat tous azimuts. Mais l'effet aurait été désastreux. Un retrait volontaire de produit, notamment, est meilleur qu'un retrait contraint : au moins contrôle-t-on mieux le message.

Dans le cas du tampon Rely, cette démarche proactive permit le communiqué suivant lors du retrait du produit : "G. Harness, Président de P&G, a annoncé aujourd'hui que l'entreprise suspendait la vente des tampons Rely. « Nous prenons cette mesure afin de dégager Rely et l'entreprise de la controverse sur une nouvelle maladie appelée le toxic shock syndrome (TSS). Cette mesure est prise en dépit du fait que nous n'avons connaissance d'aucun défaut propre au tampon Rely et sans preuve que le retrait du Rely éliminera l'occurrence du TSS même si l'usage du Rely est totalement arrêté. Cette affection a par exemple été identifiée au Canada, où le Rely n'a jamais été commercialisé, comme dans certaines régions des Etats-Unis avant l'introduction du Rely » (P&G news release, September 22, 1980). (200)

Comme le conseilla G. Harness à bon nombre de Présidents pris dans des crises : "Gardez la balle dans votre propre camp si vous pouvez. Faites le avant que quelqu'un d'autre ne s'en empare et s'en serve à votre détriment" (Wall Street Journal, Nov 3, 1980).

Le public américain eut une réaction négative immédiatement après le retrait; l'impression prévalait selon laquelle P&G avait été lent à réagir; cependant, juste un mois plus tard, l'appréciation s'inversa –notamment en raison de l'intensive campagne publicitaire réalisée par P&G.

Quelques compléments :

- Malgré ce retrait, entre octobre 1980 et 1984 on a rapporté une fréquence de 30 cas de TSS par mois aux USA (2683 personnes, 114 morts). P&G a apporté son concours à hauteur de 3 millions \$ pour la recherche sur le TSS, aidant ainsi 25 équipes universitaires indépendantes. (201)
- Au début, le Numéro Vert de l'entreprise servit pour tous les appels; on s'aperçut cependant que les femmes avaient quelque réticence à parler des problèmes du Rely à des opérateurs masculins. On réorganisa ce service : tous les appels concernant le Rely furent dirigés vers des opératrices spécifiques. Ces dernières s'abstinrent cependant de tout conseil médical : les femmes se voyaient conseiller de s'adresser à leur médecin ou gynécologue.
- Le président maintint constamment le contact avec le personnel de l'entreprise, par l'intermédiaire de mémos. Notamment, deux jours après le retrait, il expliqua que le coût de la mesure serait élevé, mais que la décision était cohérente avec la philosophie de P&G, qui se considère comme responsable de la sécurité de ses produits; en outre, le refus de ce sacrifice aurait pu se révéler bien plus coûteux dans les années à venir. (202)

JOHNSON & JOHNSON : LA CRISE TYLENOL

Au cours de l'automne 1982, pour des raisons inconnues, une (ou des) personne(s) malveillante(s), encore inconnue(s), a (ont) remplacé des capsules de Tylenol Extra-Strength par des capsules contaminées au cyanure, et a (ont) remplacé ces dernières sur des étagères d'une demi douzaine de pharmacies et d'alimentation de la région de Chicago. Sept personnes moururent. Johnson & Johnson, maison mère de McNeil Consumer Products Company qui fabrique le Tylenol, eut soudain à expliquer au monde pourquoi son produit, si prisé, tuait. (203)

Le 30 septembre 1982, le directeur des relations publiques reçut un membre de son équipe qui venait de recevoir un appel téléphonique bizarre d'un journaliste de Chicago Tribune. Le journaliste lui avait d'abord posé des questions de base sur le Tylenol, J&J, les relations de J&J et sa filiale McNeil Consumer Products Company. La

communication avait laissé un certain malaise à l'employé. Le directeur rappela le journaliste et exigea de savoir ce qui se passait. La réponse : le journaliste enquêtait sur la suspicion d'un médecin de Chicago : un lien entre Tylenol et une mort récente.

Le directeur des relations publiques appela son patron, le vice président du groupe pour les relations publiques. Sans attendre, ce dernier alerta son propre patron, le Président de J&J. La première idée du vice président était qu'il y avait eu quelque problème dans une usine, et il espérait bien qu'il ne s'agissait que d'une erreur.

Le Président réunit son état-major. L'affaire semblait grossir. Mais tout ce que savait ce groupe de dirigeants c'était qu'une rumeur ou quelque chose circulait à Chicago qui établissait un lien entre un produit de J&J et la mort. (204)

La mort... alors que tout l'univers de J&J est précisément la santé. Ce fut un ébranlement pour les responsables. Le Président ne perdit pas de temps : il annonça au vice président du comité exécutif et au directeur des relations publiques qu'un hélicoptère les attendait pour les emmener immédiatement au siège de McNeil en Pennsylvanie, non loin du siège de J&J dans le New Jersey.

Le Président s'adressa sans détour à son vice président (Dave Collins) : "A vous de jouer" ("Take charge"). 90 minutes plus tard les deux hommes étaient à pied d'oeuvre. (205)

A l'époque, J&J ne disposait pas de plan de crise (avec les numéros de téléphone privé de ses collaborateurs). Le groupe n'avait pas non plus envisagé ce type de crise dû à la malveillance.

C'était une nouvelle fois la preuve qu'une crise peut survenir sans alerte préalable, à tout moment, en tout lieu, et affecter aussi bien une grande organisation qu'une petite entreprise.

En une heure trente, J&J avait réagi en amenant la crise au niveau du président (*identifier la crise*); et ce dernier avait déjà:

- Nommé un haut responsable pour prendre la crise en charge (*isoler la crise; identifier un responsable ou une équipe qui s'en charge*).
- Donné instruction au responsable de se rendre sur les lieux (*recueillir les données*).
- Donné instruction à un professionnel des relations publiques d'accompagner le gestionnaire de crise (*Communication de crise*).
- Demandé d'être lui-même informé (*communication de crise*). (206)

Le choix du gestionnaire de crise était excellent. Celui-ci connaissait Chicago; il connaissait aussi McNeil pour y avoir exercé le rôle de président, et il connaissait son successeur. Avant de partir, il appela un avocat qu'il connaissait à Chicago pour lui demander d'essayer de recueillir des données médicales sûres, de sources officielles ou non.

Dans l'hélicoptère, Dave Collins tenta de donner quelque sens à la situation; il n'entrevoyait que deux possibilités, à ce stade très précoce : 1°) l'information était fausse; 2°) il y avait eu un problème dans l'une des usines.

Collins formula rapidement trois priorités :

- Arrêter les décès.
- Découvrir les raisons de ces décès.
- Venir en aide aux victimes.

Les deux premières priorités se recouvraient : dès que les causes seraient découvertes – comment une erreur technique, une malveillance, pouvait conduire à la livraison de produits défectueux – les décès seraient arrêtés. Mais cela reposait sur l'hypothèse, qui allait se révéler inexacte quelques jours plus tard, que le mal était interne. La malveillance était externe; le mettre à jour ne permettait plus d'arrêter les décès. Le problème sortait du champ d'action de J&J. La crise n'était plus seulement une crise J&J, elle impliquait désormais le FBI, et la police de Chicago.

Mais J&J ne le savait pas encore. Durant ce quelques jours, le nombre des morts s'accrut, en même temps que l'angoisse et l'incertitude. La nouvelle se répandit : l'une des entreprises américaines la plus digne de confiance en matière de pharmacie était liée à une étrange affaire d'empoisonnement dans le Middle West. (207)

J&J devenait la compagnie qui vous suit "du berceau au tombeau". La fille de Collins se faisait interpellée à l'école sur le thème : "ton père travaille pour une entreprise qui tue les gens". Dave Collins ne pouvait d'ailleurs pas traiter ces questions familiales, étant absent ou rentrant très tard chez lui; et particulièrement préoccupé, obsédé par le fait que chaque coup de téléphone, la nuit, pouvait fort bien signifier l'annonce d'une mort supplémentaire.

De son côté, le vice président pour les relations publiques, Larry Foster, avait aussi bien en main son secteur. Une conviction tout d'abord : "dans une crise, l'une des choses les plus importantes c'est l'autorité. Autorité pour agir,

ou accès direct à l'autorité". Il jouissait des deux prérogatives. Autre conviction : "dans une crise, votre première responsabilité, c'est le consommateur". Dès lors, la stratégie était claire, sans qu'il y ait besoin d'en parler à son président : trouver ce qui n'allait pas, dire la vérité aux consommateurs". Pour lui, la raison du succès de J&J est la suivante : "L'entreprise a agi de façon responsable et promptement". Pour ce qui concerne les relations publiques, il insiste sur les trois points suivants (208):

1. Ouverture vis-à-vis de la presse.
2. Une volonté, quels qu'en soit les coûts, de retirer le produit.
3. Un sens américain du fair play : "en demandant au public de nous faire confiance".

Foster était partie intégrante de la cellule de crise, conduite par le président et qui se réunissait deux fois par jour. Son rôle était naturellement de coordonner toutes les activités de communication sur l'affaire. L'une de ses premières décisions fut d'envoyer un des ses hommes à Chicago pour y être "ses yeux et ses oreilles". Il souligne d'ailleurs : "Ayez toujours sur place, et le plus vite possible, quelqu'un sur qui vous pouvez compter et qui n'est pas susceptible d'exagération. Quelqu'un qui sait comment recueillir des données".

Certes, dans ce cas, il n'y avait guère d'informations à réunir... mais au moins cette présence d'un homme compétent était-elle sécurisante pour Foster. Il avait également un homme à lui, Bob Kniffen, au siège de McNeil.

La fonction de Kniffen était de "dire ce que nous savions, aussi vite que nous l'apprenions; l'intérêt du public était légitime".

Gérer les médias était un cauchemar, tant chez McNeil que chez J&J. 80 000 rapports de presse, des centaines d'heures de télévision et de radio (209) et plus de 2 000 appels téléphoniques. 90% de la population américaine apprit l'affaire dans la première semaine. Les questions des journalistes exigeaient parfois plusieurs jours de travail : ainsi cette interrogation sur le trajet exact d'une livraison en provenance du Texas, et qu'il était difficile de préciser en raison de multiples transbordements –trois jours de travail, et la théorie du journaliste (un sabotage durant ce trajet s'avéra fausse).

Il y eut plus difficile, nécessitant une vigilance extrême. Quand la nouvelle se répandit d'un empoisonnement au cyanure, les journalistes voulurent savoir si J&J avait du cyanure dans ses installations. Foster vérifia et on lui dit que non. Pendant les trois premiers jours de la crise il dit aux journalistes qu'il n'y avait donc pas de cyanure en interne. Cela allait se révéler faux, comme souvent dans une crise – toujours marquée par la confusion. Les coordinations ne peuvent être absolument parfaites. Tard un samedi soir, l'Associated Press appela Foster pour avoir confirmation d'un rapport selon lequel il y avait bien du cyanure chez McNeil. Foster suivit cette piste, parla au responsable des opérations de chez McNeil et apprit qu'il y avait bien du cyanure, utilisé en laboratoire pour des tests de qualité, "mais qu'il était absolument séparé, protégé, qu'il n'en manquait pas, qu'il n'aurait pu se retrouver dans une capsule de Tylenol". Foster le crut. Mais les médias du monde entier avaient cru Foster pendant 72 heures. L'Associated Press attendaient son rappel pour ses éditions du dimanche matin. Foster, sans hésiter, rappela l'AP. Il ne voulait surtout pas être accusé d'avoir caché l'information. Il donna tous les éléments, et souligna qu'une publication à sensation pourrait donner une idée fausse au public. C'est ici que le capital confiance dont jouissait J&J fut utile. (210) L'AP accepta de garder le silence, aussi longtemps qu'un autre journaliste ne serait pas en possession de ce fait; Foster s'engagea, et l'accord fut conclu.

Un peu plus tard, un autre journaliste apprit le fait et appela Foster pour vérification. Foster confirma immédiatement la présence de cyanure et redemanda le même traitement de l'information; après discussion avec son rédacteur en chef, le journaliste accepta. Foster avertit l'AP; ils furent d'accord, une nouvelle fois, pour conclure que l'information pourrait être source de panique, et ils maintinrent leur accord, aussi longtemps qu'un autre journaliste n'apprenne l'information.

Naturellement, un troisième journaliste, du New York Times, apprit l'affaire. Foster sut alors qu'il ne pouvait plus garder la même ligne; surtout que le journaliste n'était pas joignable. Foster rappela ses deux premiers interlocuteurs pour leur apprendre ce nouveau fait et les délier de leur accord. Il leur demanda de rapporter la nouvelle avec quelque retenue. Les médias donnèrent l'information sous une forme non dommageable : aucune possibilité pour qu'il y ait pu y avoir interférence entre ce cyanure de laboratoire et les capsules.

Encore une fois, le capital de crédibilité de J&J avait joué. (211)

Les bonnes nouvelles vinrent sous deux formes. Tout d'abord, on (FBI, FDA, J&J) n'avait pas réussi à trouver de preuve indiquant un sabotage interne dans l'une des deux usines du groupe (Texas et Pennsylvanie). De plus, on put mettre à jour le fait que les capsules contaminées venaient aussi bien de l'usine Texane que de l'usine de Pennsylvanie. On pouvait écarter l'hypothèse de sabotage interne, aussi bien au niveau des usines qu'à celui des acheminements (si complexes qu'il ne pouvait y avoir d'interventions en des points précis).

La mauvaise nouvelle : un psychopathe était allé dans des pharmacies de la région de Chicago, avait acheté du Tylenol, placé du cyanure dans quelques capsules, refermé les containers et les emballages, et retourné le Tylenol sur leurs étagères respectives, sans erreur (pour respecter les différences de prix).

C'était le 2 octobre 1982.

En interne ce fut la colère; colère ressentie par le public également : le fair-play américain était violé par un criminel. J&J se présenta également comme victime de ce criminel. (212)

On notera qu'il fallut cependant un long temps avant de découvrir la vraie nature de la crise. Traiter le problème de la découverte de cyanure n'ayant rien à voir avec le cas, suivre comme on l'a vu des itinéraires de livraison depuis le Texas jusqu'au Middelwest, etc. La crise ayant été cernée dans sa cause, le problème devint : "est-il possible de sauver le Tylenol ?"

En vérité, cette question avait été prise en considération dès le début de la crise. Des études de marché furent lancées dès le second jour de la crise pour apprécier les attitudes des consommateurs envers le produit. Le manque de confiance des consommateurs envers le produit suivit la courbe ascendante des morts.

Au cours de la première semaine de la crise, McNeil établit un Numéro Vert pour répondre au consommateurs sur la sécurité du produit. Plus de 30 000 appels furent reçus au cours du mois de novembre.

Le 12 octobre, une semaine après le retrait du produit, l'entreprise fit de la publicité sur pages entières dans les principaux journaux du pays offrant d'échanger les capsules de Tylenol contre des tablettes, qui, elles, n'avaient pas été touchées. Cette offre d'échange fut un succès.

Collins, Président de McNeil et vice Président de J&J précisa que "la survie de l'entreprise ne fut jamais une vraie question. La question était celle de l'avenir de la marque : était-il possible de sauver le Tylenol ?"

Une semaine après le début de la crise, après que le sabotage eut été découvert, le Président de J&J fit un discours impromptu aux employés de McNeil, tous rassemblés dans leur cafétéria. Un discours plein d'émotion, dans lequel il affirma que le Tylenol ferait son retour. Il put l'affirmer car il disposait d'études de marché qui commençaient indiquer que l'on pouvait effectivement croire à ce retour. En quelques jours, les employés de McNeil portaient des insignes affichant "We're Coming Back".

J&J fit aussi attention à soutenir le moral des employés de McNeil : du travail fut donné à ceux qui étaient désœuvrés (214); des postes automatiques furent même stoppés et l'on retourna au manuel. "Nous voulions bien montrer aux employés de McNeil que J&J était bien derrière eux."

En ce qui concerne l'organisation générale, J&J est fortement décentralisé – comme l'était d'ailleurs Union Carbide. Mais contrairement à ce que l'on vit dans l'affaire de Bhopal, ici la maison mère se rapprocha de sa filiale pour lui venir en aide. L'appui de J&J fut d'ailleurs décisif sur le plan financier: le rappel de 100 millions de flacons aurait été trop lourd pour McNeil.

Cet appui eut des effets profonds sur le groupe, comme l'expliqua un responsable : "les filiales perçoivent mieux qu'elles sont plus fortes en raison de leur appartenance à un groupe".

On notera que le numéro 2 de J&J souligna l'utilité directe du rappel des 100 millions de flacons : on en retrouva deux qui étaient effectivement sabotés, contaminés au cyanure.

Au delà de ce problème précis du Tylenol, il apparut clairement qu'un problème général de sécurité des conditionnements se posait à l'ensemble des produits américains. Tous pouvaient être sujets à sabotage. J&J mit immédiatement sur pied une équipe pour travailler sur cette question. (214)

Le 2 octobre, J&J reçut une demande de "rançon" de 1 million de \$ pour l'arrêt des empoisonnements. Fallait-il retirer tous les produits J&J, comme le demandait le maire de Chicago? Le FBI et la FDA s'opposaient à ces mesures, car elles montreraient que les terroristes pouvaient dicter leur loi. (215)

Les deux plus hauts responsables de J&J prirent toutefois la décision de retrait : "Le FBI et la FDA étaient opposé à cette mesure, mais, pour notre part, seul nous importait la santé et le bien être de la collectivité. Retirer le produit était la réponse à cette préoccupation".

Le produit fut retiré le 5 octobre, 5 jours après le début de la phase aiguë de la crise. On entra alors dans la phase de crise "chronique". La crise aiguë ayant été identifiée et isolée, la gestion de la crise devint moins tendue; le problème était de savoir si la marque pouvait ou non être sauvée. On avait effectué le retrait pour rendre possible ce retrait, restait à déterminer un nouveau conditionnement et le moment de la réintroduction du produit.

On présenta le nouveau conditionnement de sécurité le 11 novembre par téléconférence satellite, à des équipes de presse réunies dans 29 hôtels de pays.

En complément au Numéro Vert et à l'opération publicité du 12 novembre, J&J prit les mesures suivantes :

- Une publicité d'une minute, montrant le directeur médical de McNeil annonçant le retour du produit fut diffusée en octobre et novembre. Selon les études de J&J, 85% des foyers virent le spot 2,5 fois au cours de sa première semaine de diffusion.
- Les dirigeants de J&J donnèrent des interviews aux plus grands journaux écrits et télévisés.

- Quatre films vidéo furent réalisés à destination des employés pour les tenir au courant de l'évolution des événements.
- Au plus fort de la crise, 450 000 messages par courrier électronique furent adressés à la profession médicale et aux distributeurs. Et aux magasins lorsque le retrait fut décidé.
- En appui au retour du produit, J&J annonça, au cours de la conférence de presse du 11 novembre, que les consommateurs pouvaient obtenir des bons d'une valeur de 2,5 \$ pour l'achat de n'importe quel produit Tylenol. Les coupons étaient inclus dans des publicités ou pouvaient être obtenus en appelant le Numéro Vert. En 3 semaines, plus de 210 000 appels furent reçus.

Le Tylenol, dans son nouveau conditionnement à trois fermeture, commença à apparaître 10 jours après son retrait. (216) Il allait reconquérir 98% de sa part de marché.

La crise montra que J&J ne disposaient pas de plans de crise. Le groupe avait néanmoins pu compter sur son credo, rédigé 40 ans auparavant par le fils du fondateur. Ce credo stipule que l'entreprise a 4 responsabilités principales, envers :

1. Les consommateurs.
2. Les employés.
3. Les collectivités desservies.
4. Les actionnaires.

Ce credo fut consulté lors des grandes décisions, pour retrouver des points de repère de légitimité. En particulier cette première ligne de ce credo : "Nous croyons que notre première responsabilité doit s'exercer envers les médecins, les infirmières, les mères et tous ceux qui utilisent nos produits et nos services", fut une référence utile dans la décision de retrait du produit.

Dans la mesure où le credo est une référence indiquant " where to go and how to get there", on peut dire que ce credo est bien un plan de crise.

Le responsable des relations publiques indique qu'en tant qu'ancien journaliste, il aurait été très affecté d'avoir été absent lors de cette crise (cela lui arriva avec le cas de l'Andrea Doria dans son ancien métier et il en fut très affecté). (217) Il reçoit de fréquents appels d'entreprises en crise : "Je peux parfois donner des suggestions; parfois pas. Mais, fondamentalement, je leur dit qu'ils ne peuvent se tromper en suivant la vérité".

Un suspect fut arrêté le 13 décembre 1982 par le FBI au moment où il expédiait une demande de fonds et fut condamné à 20 ans de réclusion pour complicité dans cette affaire. Fut-il le coupable? Sinon qui? et pour quel motif ? (218)

C - LA DISCUSSION SOCIALE

Edmund S. MUSKIE and Daniel J. GREENWALD III ¹

«The Nestle Infant Formula Audit Commission as a Model»

Journal of Business Strategy; Vol. 6, n° 4; 1986, pp. 19-23.

RESUME

Au travers du Centre de coordination Nestlé pour la Nutrition, Nestlé mit sur pied une commission spéciale pour examiner dans quelle mesure le groupe suivait bien le code de marketing établi par l'OMS pour la vente de lait en poudre. La création d'une telle Commission constituait une initiative à haut risque de la part de Nestlé. Elle permit de résoudre la controverse.

L'article examine les activités de la Commission, les facteurs de succès de l'opération, les principes à respecter pour sortir de pareilles controverses, les risques liés à une initiative de cette nature.

DEVELOPPEMENTS

Les entreprises savent comment traiter les controverses se situant sur le terrain judiciaire, mais leurs aptitudes sont plus limitées dans le domaine politique et social. La crédibilité et les motivations de l'entreprise peuvent être mises en cause, sans qu'il y ait de forum offrant des procédures et des garanties quant aux mécanismes d'examen pour parvenir à une vérité objective ou conclure la controverse de façon équitable. Le cas de la Commission Nestlé pour l'examen du lait en poudre, groupe indépendant de douze membres, peut servir de modèle en la matière.

Cette affaire se développa en dehors du domaine légal : il n'y avait pas de juge pour interpréter la loi, pas de police pour la faire appliquer, pas de législateur pour l'amender. Nestlé appliqua unilatéralement le code de l'OMS et demanda à un groupe d'éminentes personnalités de former une commission devant juger de la conformité des pratiques du groupe suisse à ses assertions publiques.

Les activités de la Commission

La Commission fut créée après d'intenses négociations entre Nestlé et les membres pressentis pour y appartenir. L'élément central de ces négociations fut d'établir et de sauvegarder l'indépendance de la Commission. Ceci fut acquis en confirmant cette indépendance par écrit, en créant certaines procédures (telles que l'accès à tous les dossiers de l'entreprise et à son personnel, le droit d'engager des experts (19), le droit de conduire des investigations sur le terrain, le droit de publier des rapports), en assurant des ressources adéquates à la Commission sans contraintes de la part de Nestlé, en nommant des membres respectés et indépendants. Les nominations initiales furent négociées avec Nestlé et portaient sur des personnalités en vue dans les domaines médicaux, religieux, éthiques qui avaient quelque expérience en matière de controverses publiques. Des membres supplémentaires furent adjoints plus tard sous la seule responsabilité de la Commission, mais avec les conseils de Nestlé.

La Commission fut initialement récusée par les groupes soutenant le boycott, qui refusèrent de lui soumettre leurs plaintes. La Commission utilisa ses trois premiers mois d'activité pour établir ses règles de fonctionnement, étudier le code de l'OMS ainsi que les questions médicales, sociales, légales liées à sa mission, à établir des liens constructifs avec l'OMS, l'UNICEF et d'autres groupes, à ouvrir des lignes de communication avec les groupes soutenant le boycott, et à négocier avec Nestlé pour voir révisées les instructions données par le groupe en matière de marketing de façon à mieux se conformer au code de l'OMS.

Les premiers contacts entre la Commission et certains des groupes militants et la presse furent conflictuels, en raison de l'hypothèse souvent faite selon laquelle une commission financée par Nestlé ne pouvait pas être indépendante. Cependant, la Commission resta ouverte à ces groupes et veilla à ne rien faire pouvant être interprété comme traduisant un manque d'objectivité. Peu à peu, elle gagna en compréhension, acceptation et respect.

La Commission assumait une triple fonction :

- L'examen des plaintes spécifiques.

¹ E. Muskie est ancien Secrétaire d'Etat des USA, Président de la Commission mise en place pour effectuer un audit sur le lait en poudre Nestlé et Associé d'une entreprise conseil; le second auteur travaille dans le même groupe de conseil juridique.

- Le recueil d'informations fondées, sur les questions sous-jacentes liées au problème.
- Le conseil et la négociation avec Nestlé sur des problèmes particuliers.

Cette activité donna lieu à publication de rapports trimestriels, soulignant pour chaque plainte dans quelle mesure Nestlé avait respecté ou non les codes de l'OMS – qu'il fallait souvent interpréter en raison de ses ambiguïtés et manques de pertinence.

Les membres de la Commission ont aussi largement enquêté dans les pays du Tiers-Monde. En juin 1983 elle organisa une grande conférence largement ouverte au public, au cours de laquelle des experts des deux bords purent être entendus. (20)

Ce travail permit à la Commission d'établir sa propre crédibilité, de renforcer la position de Nestlé sur la plupart des points, d'éclairer la complexité des problèmes par opposition aux simples clichés et arguments simplistes, de créer une atmosphère permettant une discussion entre Nestlé et ses détracteurs. La Commission veilla à rester dans son rôle d'expert, en restant au dessus des polémiques. Elle put satisfaire les inquiétudes des personnes bien intentionnées, certainement moins celles des extrémistes.

Les facteurs de succès de la Commission

Les facteurs suivants sont à considérer :

1) L'indépendance de la Commission

Ce fut le facteur principal de son succès : son indépendance effective comme son indépendance perçue. La Commission ne pouvait nier que Nestlé était à l'origine de sa mise en place ni que son financement était provenait de Nestlé. Mais elle avait la volonté et les moyens de son indépendance. Et elle sut imposer qu'on la juge par ses résultats, non par ses origines.

2. L'engagement de l'entreprise

L'équipe de direction de Nestlé s'engagea dans le processus, ce qui permit de donner sens aux efforts de la Commission (21).

3. Le choix des membres de la Commission

L'équilibre des compétences et des personnalités, toutes marquées par le souci d'indépendance, d'intégrité, d'objectivité et d'implication vis-à-vis de ces questions fut aussi un facteur de succès.

4. Leadership

Il fut demandé à la Commission d'aller de l'avant, ce qui lui permit de ne pas rester à une position de défensive qui l'aurait conduit à se mettre à la remorque des acteurs en présence, dont certains d'ailleurs auraient pu vouloir l'échec de la commission. De la même manière, la Commission devait faire preuve d'initiative vis-à-vis de Nestlé pour obtenir de l'industriel les changements qu'elle jugeait nécessaires.

5. La référence à un texte

Quelles que soient les critiques que l'on pouvait lui adresser, le code de l'OMS fut retenu comme référence internationale de base.

Guides d'action

Quatre règles simples sont à suivre dans ce type d'affaire.

1°) L'entreprise doit prendre l'initiative, et ce de manière précoce. Ce ne doit pas être nécessairement une initiative spectaculaire, mais il importe d'anticiper des controverses de grande échelle et de s'y préparer.

2°) L'entreprise ne doit pas seulement contrecarrer ses opposants, mais examiner la légitimité de leurs préoccupations. L'attention précoce aux problèmes fondés peut éliminer les histoires horribles utilisées par les critiques pour exagérer le problème et rallier les gens raisonnables.

3°) L'entreprise doit essayer de comprendre toutes les dimensions du problème et d'apporter des éléments d'information au public avant que l'affaire ne devienne aiguë et que l'entreprise ne soit perçue de façon particulièrement négative par le public.

4°) Adapter la réponse à chaque cas, sans suivre ce cas particulier de Nestlé et de la Commission. (22)

Il faut bien voir la variété de rôles qu'assuma la Commission :

- Un rôle d'audit public, utile pour Nestlé qui n'aurait pu convaincre l'extérieur que le groupe se conformait aux règles de l'OMS.
- Un rôle d'expertise, utile pour traiter les incertitudes scientifiques comme les ambiguïtés du code de référence).
- Un rôle de quasi-juridiction, car il fallait interpréter le code, et juger de la conduite de Nestlé.
- Un rôle de pouvoir de pression sur le personnel de Nestlé, décentralisé dans 140 pays, et peu spontanément enclin à abandonner des pratiques de marketing qui avaient fait leurs preuves et continuaient d'être utilisées par les concurrents.

Dans toute controverse il faudrait ainsi identifier les multiples rôles qui devraient être tenus.

Les risques

Le recours à une commission indépendante pose un risque potentiellement sérieux. La commission peut être en désaccord avec l'entreprise; ou l'adoption des recommandations de la commission peut placer l'entreprise dans une position difficile vis-à-vis de ses concurrents. La commission peut manquer d'autorité pour en imposer au public et aux services officiels. L'entreprise ne saurait désavouer la commission, mais les opposants présenteront les critiques de la commission comme les celles de la "commission de l'entreprise"

Conclusion

Une entreprise doit être sûre de sa décision d'entrer dans la formule de la commission indépendante. Elle doit être sûre que sa position dans la controverse est appropriée ou qu'elle est préparée à se conformer aux vues de la commission. Elle doit être sûre de l'objectivité de ce corps indépendant, tout comme le public souhaite un jugement indépendant. L'entreprise doit donc être impliquée dans la création de la commission indépendante, qui ne peut être imposée à l'entreprise par des groupes extérieurs, particulièrement par des groupes critiques.

Raphael D. PAGAN Jr.¹

«The Nestle Boycott: Implications for Strategic Business Planning»

Journal of Business Strategy; Vol. 6, n° 4; 1986, pp. 12-18

RESUME

C'est le cas bien connu du boycott des produits Nestlé à la suite d'une vaste campagne sur la nocivité du lait en poudre dans les pays pauvres : "le lait qui tue les bébés". Nestlé mit du temps avant de se départir de ses réactions habituelles : prudence et recroquevillement défensif sur sa réputation.

Et puis le groupe innova : depuis Washington, une cellule extérieure, très libre de ses mouvements, conduisit une large politique d'ouverture, de reconnaissance des détracteurs, de dialogue, d'initiatives, etc. Un groupe d'expertise indépendant fut mis sur pied par Nestlé; il comptait des opposants.

Sur cette base de reconnaissance de légitimité et de dignité aux partenaires extérieurs (au moins pour les groupes modérés), Nestlé fut en mesure de venir à bout du processus de boycott.

Des leçons importantes se dégagent de l'expérience : en particulier, quoi qu'en pensent les juristes, les financiers, les commerciaux, une politique d'ouverture est moins risquée qu'une politique tendant à éviter tout risque lié à l'innovation dans les rapports tissés avec l'environnement. C'est là un terrain qui nécessitera de grandes adaptations des entreprises, encore trop démunies pour traiter de ces grands enjeux socio-politiques promis à prendre une importance croissante.

DEVELOPPEMENTS

En 1970, des associations et des Eglises accusèrent Nestlé, leader mondial du lait maternel en poudre, de provoquer de graves problèmes de santé chez les enfants du Tiers Monde. Un boycott organisé se poursuivit sept années durant à l'encontre des produits Nestlé – "une bataille intense, la plus féroce et la plus émotionnelle jamais engagée contre une multinationale", selon le mot d'un journaliste. L'épisode et sa résolution heureuse, qui put satisfaire chacun des partenaires en donnant lieu à des expressions de bonne volonté et de confiance mutuelle, devrait intéresser tous ceux qui ont en charge la vitalité de leurs activités.

La controverse commença à se développer lorsque quelques militants se persuadèrent qu'il y avait un lien entre le recours au lait en poudre et les problèmes de santé infantile. Ces derniers, qui furent rejoints par des groupes bien en vue appartenant à des Eglises, avancèrent trois motifs :

- Le lait en poudre ne possède pas les propriétés immunologiques du lait maternel.
- Dans le Tiers Monde, le lait en poudre est souvent mélangé à de l'eau contaminée.
- Dans le Tiers Monde, le lait en poudre est souvent sur-dilué, les familles ne pouvant se permettre d'acheter suffisamment de produit.

Les opposants affirmèrent que le marketing agressif déployé par les firmes de lait en poudre avait renforcé le recours au lait en poudre dans ces pays; d'autres études montrèrent que ce marketing n'avait qu'un rôle insignifiant dans la décision des mères de ne pas allaiter. Aucune attaque ne fut faite sur le thème de la dangerosité du produit lui-même.

Ce boycott comporte deux leçons. La première est qu'une entreprise peut connaître des crises de nature socio-politique aussi bien que financière. C'est là un nouveau champ qui exige de nouvelles compétences. La seconde est que, si une entreprise s'en donne les moyens, elle peut devenir aussi dynamique et compétente pour donner forme à son environnement politique qu'elle le fait pour ses environnements financiers et commerciaux.

Nestlé dut innover pour faire face à l'épreuve et se départir de ses réflexes habituels marqués par la prudence, un certain repli passif sur un sentiment de solidité et de réputation acquise sur plus d'un siècle d'activité. Le groupe mis

¹ Président du Nestlé Coordination Center for Nutrition, Inc.

en place une cellule de crise autonome, à Washington, le "Nestlé Coordination Center for Nutrition" (NCCN). Cette innovation était une première en matière de capacité de réplique à une crise de nature socio-politique.

Le développement du conflit : 1970-1981

La controverse trouva son origine lors d'un forum organisé avec l'appui des Nations Unies, au cours duquel, de façon absolument non fondée comme cela allait se révéler, un scientifique déclara que le marketing agressif de Nestlé pour promouvoir son lait en poudre dans les pays pauvres était responsable d'une chute de l'allaitement maternel dans ces pays. Nestlé, comme ses concurrents d'ailleurs, n'avait aucune capacité de suivi des problèmes socio-politiques. Si de ce type d'aptitude avait existé, elle aurait inclus une fonction d'information et d'alerte précoce qui aurait permis de décrypter le problème alors qu'il se développait depuis ce forum initial jusqu'aux journaux universitaires, aux bulletins des Eglises, aux circulaires politiques, aux magazines de second rang, et enfin à la grande presse.

Le groupe aurait eu au moins deux années pour préparer une stratégie de réplique. Il aurait été à l'écoute des critiques, aurait recherché des discussions avec les critiques les plus sérieux et respectés.

Au contraire, Nestlé irrita ses détracteurs par son attitude qui déniait toute légitimité à leur inquiétude, et en traitant une question de nature émotionnelle et socio-politique comme un sujet sur lequel l'entreprise sait ce qu'il y a de mieux à faire et fera ce qu'il convient. Le groupe put bien modifier unilatéralement certaines pratiques de marketing qui n'étaient plus appropriées (comme la publicité pour le produit controversé dans les pays pauvres) mais elle n'en reçut aucun crédit des ses détracteurs, qui n'avaient pas été consultés. Vers 1973, la question changea de nature, devenant plus spécifiquement un problème Nestlé, et non plus de l'industrie du lait en poudre en général (dont Nestlé était le leader).⁽¹³⁾ Lorsque Nestlé fut accusé par un groupe extrémiste de "tuer les bébés", l'entreprise répliqua par une action en justice qui donna d'autant plus d'audience à ses détracteurs. L'incapacité de Nestlé à établir des relations avec les groupes modérés donna la vedette aux seuls critiques les plus virulents. Les blessures infligées de part et d'autres donnèrent lieu à un conflit acharné. Le 4 juillet 1977 commença le boycott.

Deux ans plus tard, par accord général, le conflit fut pris en charge par l'OMS à Genève qui entreprit de mettre au point un code sur le marketing du lait en poudre. Il recommandait que tous les Etats membres prennent des dispositions pour freiner la chute de la pratique de l'allaitement, et adopter des contraintes minima pour le marketing du lait en poudre. Ce dispositif allait davantage dans le sens des opposants : les fabricants de lait en poudre, contrairement à d'autres industries, n'avaient pas assuré leur présence dans les agences des Nations Unies (comme observateurs non-gouvernementaux). Les opposants, eux, y étaient, à travers deux organisations (International Organization of Consumers Unions et Health Action International). Avec l'OMS, l'industrie n'avait établi aucun contact, alors même que ses responsables avaient à l'esprit de poser un précédent en matière de régulation de l'activité des multinationales.

Dix années après l'irruption de la controverse, Nestlé manquait de crédibilité, était en position défensive ne faisant que réagir aux initiatives des autres, et n'avait aucune stratégie pour résoudre le conflit dans des termes acceptables permettant une commercialisation du produit.

Comment le NCCN résolut le conflit

Le NCCN fut mis en place en janvier 1981, et trois ans après le boycott fut suspendu. Comment cela fut-il obtenu ? Tout d'abord, la cellule était composée d'un petit nombre de personnes : environ 5 responsables de haut rang, et 3 secrétaires. On eut recours à des consultants spécialisés aussi bien qu'à des spécialistes de la firme lorsque cela était nécessaire. Une ligne de communication resta ouverte en permanence entre le groupe et l'état major de Nestlé – qui apporta tout son appui et sa participation quant vint le temps des rencontres avec les leaders des Eglises.

Phase 1 : arrêt de la stratégie défensive-agressive; écoute des opposants

La première décision stratégique fut de stopper le "match" engagé avec les opposants : passer son temps à hurler de part et d'autres n'était en rien productif. Il convenait plutôt d'écouter. Ecouter avait deux motifs : cela permit de rassembler de l'information sur les critiques émises à l'encontre de Nestlé et les objectifs des opposants – condition nécessaire pour développer des stratégies appropriées; cela permit aussi à Nestlé de gagner le droit d'être lui aussi écouté. Et, en arrêtant ce match, Nestlé obtint aussi de pouvoir se dégager de l'obligation de défendre des positions fixes; en d'autres termes une nouvelle flexibilité était introduite dans l'affaire.

Le NCCN envoya dans l'arène des porte-parole bien formés, spécialistes des problèmes de nutrition dans le Tiers Monde. Ils rencontrèrent les groupes concernés : opposants, Eglises, médias pour répondre publiquement sur les accusations lancées à l'encontre de Nestlé. Le NCCN fut aussi à l'écoute de Nestlé, le problème étant facilité en raison de la volonté de l'entreprise de minimiser les risques liés à une mauvaise utilisation de son produit. Le NCCN se rendit vite compte de ce que les critiques trouvaient autorité morale et support financier auprès des

Eglises et des groupes qui leur étaient liés – le malaise central provenant d'un inconfort à propos de l'activité des multinationales, tirant avantage de pays pauvres. (14). Mais ces critiques étaient désireux de travailler avec Nestlé pour le bien des pays pauvres et n'étaient pas hostiles à mesurer si les multinationales pouvaient être aussi utiles qu'elles le proclamaient.

Une fois connues les mouvements des critiques, le NCCN établit sa stratégie : résoudre le boycott à travers un long processus de dialogue avec chacun des partenaires animés par le souci de voir tous les acteurs satisfaits – sans vaincus. Le NCCN divisa sa campagne en 4 phases. Après la première phase d'écoute, une seconde phase fut consacrée à établir des relations avec des groupes modérés pour voir si leurs revendications légitimes pouvaient être satisfaites. La troisième phase devait être une percée visant à éroder le soutien au boycott et à entamer des discussions avec les leaders des groupes d'opposants dans le but de résoudre le conflit. La quatrième phase correspond à la consolidation et à l'établissement d'un environnement social stable et à la mise en oeuvre d'une politique sur ces questions d'intérêt public.

Phase 2 : Reconstruction de respectabilité

La seconde phase (juin 1981-octobre 1982), fut donc marquée par l'approche des groupes qui, dans les Eglises, travaillaient sur le problème. Notamment au sein de l'Eglise Méthodistes Unifiées, qui avait déjà mis en place sa propre task force pour évaluer le dossier et décider d'une attitude à suivre concernant le boycott. Ce groupe fut reconnu comme compétent et sérieux, capable de discuter du problème au fond. Son leader était respecté, bon administrateur et bon négociateur. Ce groupe de travail était partie d'une Eglise respectée et modérée, le corps protestant le plus important aux Etats-Unis, très influent sur les autres critiques. En mai 1981, alors que des voies de discussions étaient explorées avec les Méthodistes, l'OMS publia son code international. Nestlé fit immédiatement un communiqué apportant son appui "au but et principe" du code, et réitéra son appui un mois après lors d'auditions du Congrès américain. Au cours de ces auditions, d'autres fabricants furent sévèrement critiqués pour avoir recommandé à l'Administration Reagan de voter contre ce code de l'OMS – ce qui aurait constitué le seul vote à l'encontre du code. Si le communiqué publié en Suisse se perdit dans le bruit fait autour de la position américaine, la déposition de Nestlé à Washington permit au groupe industriel de reprendre l'initiative morale.

Nestlé, bien sûr, comptait aussi des jusqu'au-boutistes qui recherchaient une victoire totale sur les militants; mais lorsqu'ils virent que la stratégie du NCCN marchait, ils coopérèrent loyalement et efficacement.

Quelques supporters du boycott commencèrent à mettre ouvertement en question la base morale sur laquelle reposait l'action dirigée contre une entreprise suisse qui donnait son appui au code, et non contre ceux qui s'y opposaient. De nombreuses personnes, dans les Eglises, n'aimèrent pas l'idée d'être utilisées par des militants extérieurs, ou d'être vues comme des stratèges politiques intelligents, amoraux, ou radicaux. La déposition de Nestlé fut le catalyseur pour seize mois de négociations ultérieures avec les Méthodistes. Le NCCN réunissant d'ailleurs le nouveau Directeur de Nestlé et le responsable du Conseil National des Eglises, qui, jusqu'à son élection, avait appartenu à la task force des Méthodistes.

Mais le dialogue ne pouvait suffire. Suivant en cela la recommandation du NCCN et en usant de ce canal, Nestlé fit parvenir aux Méthodistes des documents internes sensibles qui les aida à reconnaître les préoccupations du groupe industriel et ses efforts inscrits dans le long terme pour répondre aux changements en cours dans le Tiers Monde (16). Les Méthodistes ne trahirent aucun secret. Le NCCN agit ainsi comme un moyen pour aider Nestlé à gagner en ouverture et en auto-confiance politique. Au mois d'octobre, selon le calendrier fixé, la task force des Méthodistes fit connaître ses recommandations : l'Eglise ne se joindrait pas au boycott parce qu'elle observait que Nestlé était déterminé à résoudre les points de préoccupation légitime de ses contradicteurs; les engagements de Nestlé étaient réellement suivis d'effets; le groupe respectait mieux le code qu'aucun autre de ses concurrents.

Phase 3 : Percée et résolution

Cette phase dura de mai 1982 à octobre 1984. En mai 1982, Nestlé créa une commission indépendante présidée par Edmund Muskie, ancien secrétaire d'Etat, pour assurer la bonne application des décisions de l'entreprise. Cette commission était composée d'un groupe de personnes extérieures - des responsables d'Eglises, des scientifiques, des éducateurs connus pour leur intégrité, leur indépendance et leur savoir. La mise en place de cette commission fut une étape des plus importantes dans le processus général destiné à fonder la confiance et la crédibilité dont Nestlé avait besoin pour résoudre le conflit. Ce fut là un coup très dur pour les opposants.

Si Nestlé avait rejeté cette innovation comme trop risquée, le NCCN aurait proposé d'autres voies plus conventionnelles. Mais Nestlé avait suffisamment confiance dans le NCCN – comme en lui-même – pour accepter les risques d'une commission indépendante, qui comprenait des responsables des Eglises boycottant l'entreprise. Les opposants commirent un grave faux pas en attaquant publiquement l'intégrité de la commission et en tentant de porter atteinte à la crédibilité de ses membres, individuellement. Le Washington Post, journal chef de file du boycott, dit dans un éditorial que Nestlé avait satisfait à ses exigences et qu'il était temps pour les tenants du

boycott de passer à un autre problème. La stratégie du NCCN qui consistait à établir un dialogue avec tous les publics importants, et en particulier avec les médias, était couronnée de succès. En janvier 1983, le syndicat le plus actif sur le boycott vota l'arrêt de la mesure. Peu après Soeur Regina Murphy, responsable du Comité du boycott, fut sensible au fait que le mouvement tendait à profiter aux concurrents de Nestlé, qui, eux, ne respectait pas le code de l'OMS. Le mouvement aurait pu se terminer en 1983 si les groupes américains n'avaient pas dû consulter leurs homologues étrangers pour lever le boycott. Un accord fut passé avec les Méthodistes en janvier 1983 après deux semaines de discussions intenses avec les responsables qui souhaitaient stopper le mouvement – les discussions étant menées avec l'appui de l'UNICEF. La ratification finale fut annoncée en octobre.

Quelques implications pour l'avenir

Un nombre croissant d'entreprises se verront contraintes de répondre de leurs actions, et cela à l'échelle internationale. L'Organisation Internationale des Unions de Consommateurs (IOCU) planifie une stratégie à long terme en matière réglementaire. (17). Elle a recourt à des banques de données pour remplir sa fonction d'Interpol et bénéficie de ses larges réseaux d'analyse ("intelligence") et de suivi.

Le type de problème rencontré par Nestlé ira croissant dans l'avenir pour les problèmes d'environnement ou de consumérisme – tout particulièrement sur des sujets donnant lieu à des clashes culturels. De ce fait, l'aptitude à travailler dans le champ politique est devenu essentiel. Les entreprises ont commencé à répondre à ce problème. De nombreux comités ont été créés sur ces questions politiques, et la fonction de responsable de l'éthique d'entreprise a été reconnue au sein des directions générales. Des fonctions nouvelles ont été créées pour prendre en charge la question, des consultants ont été engagés.

De nouvelles exigences apparaissent donc pour les entreprises, confrontées à la nécessité de définir leur mission de façon large et à mettre en œuvre de nouvelles stratégies de politique publique. Une étape majeure de cette évolution se trouve dans la mise en place d'unités internes ou externes, dotées d'une large autonomie, pour prendre en charge ces grandes questions ou ces situations de crise. Les firmes de communication aptes à apporter leurs conseils sur semblables crises sont cependant peu nombreuses. L'exemple du NCCN a retenu l'attention de nombreuses entreprises, qui ont d'ailleurs eu recours à ses services.

Rétrospectivement, il apparaît qu'à partir du moment où Nestlé comprit que le code était le point central de sa stratégie et entama un processus de dialogue intensif avec les Méthodistes, selon la recommandation du NCCN, les opposants ne pouvaient plus faire grand chose pour contrecarrer le processus de résolution du conflit.

L'unité de gestion de crise était plus libre que ne l'aurait été une unité classique de relations publiques, de traitement juridique ou de marketing. Elle était indépendante, flexible et suffisamment décidée pour changer rapidement de tactique si cela était nécessaire, dans le cadre d'une stratégie globale qui visait l'arrêt du boycott sans qu'il y ait de vaincu (a win-win basis). Le NCCN permit aux dirigeants de Nestlé de garder leurs énergies pour la vie de leur entreprise, et put être libre d'avoir recours à tous les talents souhaitables. Par ses contacts avec les responsables du groupe (à la tête comme aux différents niveaux et en diverses localisations géographiques), le NCCN prépara Nestlé à s'ouvrir et à trouver l'auto-confiance nécessaire.

Le seul et unique obstacle à l'apprentissage des entreprises à bien fonctionner n'est pas la malice des ses détracteurs, mais la timidité de ses amis. Quatre facteurs apparaissent couramment conduire à l'échec dans ces situations de crises politiques :

- Le plus puissant est la croyance des juristes que l'ouverture fait courir des risques.
- Le second est la croyance des responsables du marketing que l'ouverture risque de révéler des informations confidentielles aux concurrents.
- Le troisième est la croyance des responsables financiers que l'ouverture expose à des risques inutiles en matière de dépenses, à partir du moment où l'on accepte la responsabilité d'une défaillance.
- Le quatrième est la croyance selon laquelle les hommes de l'entreprise sont si naïfs et innocents qu'ils risquent d'être trahis ou abusés.

Développer un esprit d'ouverture, initier des interactions entre les critiques modérés et l'entreprise, établir un système d'audit des politiques publiques fut les facteurs à la base de l'action du NCCN. Ce type d'aptitude socio-politique reste un art ou une science à développer.

D - LA CRISE TERRORISTE

Uriel ROSENTHAL, Michael T. CHARLES, Paul 'T HART :

Managing terrorism : the South Moluccan hostage takings,

in : Uriel ROSENTHAL, Michael T. CHARLES, Paul 'T HART (Ed.) : *Coping with crises – The management of disasters, riots and terrorism*, Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1989, pp. 367-393.

La Hollande est considérée comme un pays paisible; mis à part les inondations de 1953, le pays n'a guère connu de crise. Mais les années 70 ont vu le développement de l'affaire des Sud-Moluquois, anciens alliés des néerlandais lors de la guerre d'indépendance de l'Indonésie, privés de leurs îles par les indonésiens en 1949 au départ des Hollandais. Ils se réfugièrent aux Pays-Bas, mais ce havre qui devait être provisoire est devenu permanent, la Hollande se refusant à les soutenir dans leur lutte. La seconde génération se montra attachée à un idéal d'indépendance à retrouver et certains créèrent des groupes para-militaires, armée en exil. Le 31 août 1970, plus de 30 Sud-Moluquois assiégèrent l'ambassade d'Indonésie près de La Hague. Un policier fut tué; l'ordre fut rétabli grâce à l'un des leaders sud-moluquois extérieur à cette action. Au milieu des années 70, la tension s'accrut; on compta plusieurs incidents mineurs. En 1975, un train fut pris en otage dans le nord du pays, suivi par l'occupation du consulat d'Indonésie à Amsterdam deux jours plus tard. En 1977, il y eut une action coordonnée visant un train et une école élémentaire. Le défi était rude : la prise de trains était une action de type nouveau; on n'avait encore jamais pris en otage un si grand nombre d'enfants; l'exécution de deux otages, comme ce fut le cas en 1975, était un événement rare. (367).

Le texte examine : le processus d'apprentissage entre les événements de 1975 et de 1977; la gestion de la complexité administrative; la gestion de la crise dans la durée, la gestion de l'inactivité apparente, la décision du recours à la force; la gestion des suites de la crise. (368)

LES EVENEMENTS DE 1975

Le 2 décembre 1975, les autorités furent prises par surprise. L'identité des preneurs d'otage était inconnue; cela se passait tout à fait au nord du pays (369) et il fallut un temps relativement long pour que la nouvelle parvienne les autorités centrales compétentes à La Hague; il n'y avait que peu de capacité d'expertise en matière de lutte anti-terroriste. Il s'ensuivit que les contacts initiaux avec le train furent laissés à deux officiers de police subalternes, qui n'étaient pas en position de pouvoir négocier avec les terroristes. Le premier ultimatum expira et un otage fut exécuté. A la fin du premier jour les autorités avaient mis sur pied un centre opérationnel avancé et un centre de crise ministériel à La Hague. Deux jours passèrent avec différents ultimata non suivis d'effets, mais le 4 décembre un second passager fut exécuté, les terroristes ayant le sentiment que le gouvernement ne les prenait pas au sérieux : ils étaient irrités par la tactique de secret et de lenteur des officiels. La crise se compliqua le 4 décembre après-midi lorsqu'un second groupe de Sud-Moluquois s'empara du consulat général d'Indonésie à Amsterdam, prenant en otage 40 personnes dont 15 enfants, et fit savoir que cette action était liée à celle du train, que des otages seraient exécutés si l'affaire du train n'était pas réglée. Un second centre de crise fut installé dans l'Hôtel de Ville d'Amsterdam.

Les autorités appliquèrent tout au long de la crise une stratégie de dialogue, mais sans céder sur aucune revendication essentielle; les contacts étaient conduits par un psychiatre du ministère de la Justice, le Dr. Dick Mulder. Mais les terroristes ne cédèrent pas facilement : le bras de fer continua tout au long de la seconde quinzaine du mois de décembre. Les terroristes maintinrent la tension, par exemple en exposant des otages nus et les yeux bandés à l'extérieur, par grand froid. A un certain moment, les responsables décidèrent d'isoler les terroristes et de réduire les contacts pendant plusieurs jours. En coulisse, d'intenses discussions avaient lieu avec les leaders sud-moluquois jouant le rôle d'intermédiaires, chargés de faire savoir aux preneurs d'otages que les autorités perdaient patience et qu'une action militaire était imminente. (370) Un facteur de complication se fit jour avec de profondes divisions dans la communauté des Sud-Moluquois, entre les modérés et les tenants d'une attitude radicale. Finalement, après quelque panique au sujet d'une prétendue fusillade dans le consulat, la crise put être résolue sans effusion de sang supplémentaire.

Les leçons tirées de ces événements

La résolution de ces événements fut louée comme un grand succès. Cette "approche hollandaise" consistant à maîtriser peu à peu la situation et à faire plier les terroristes par le dialogue fut présentée comme un exemple au monde entier. Dans l'euphorie on en oublia même les deux exécutions initiales. Les leçons que les autorités tirèrent de l'événement, en interne, étaient les suivantes :

1. Il est possible de mettre un terme à de telles prises d'otage sans violence; on y arrive au prix de négociations acharnées.
2. Il est essentiel de ne jamais céder aux terroristes, sur aucun point d'importance, et il faut qu'ils le sachent.

3. La phase la plus dangereuse est la phase initiale; il est important de faire sentir aux terroristes qu'ils sont pris avec sérieux par le gouvernement.
4. On ne peut éviter ni le manque, ni la surcharge d'information; il est difficile d'avoir une vue claire de ce qui se passe, de ce qui risque de se passer et des options disponibles.
5. Ce type de crise a toute chance d'engendrer des conflits et des rivalités entre les autorités et les administrations impliquées dans le processus. (371) Certains acteurs par exemple, sont moins patients que d'autres et plus désireux de recourir à la force que d'autres. Cela exige une coordination de qualité.

LA CRISE DE 1977

Le matin du lundi 23 mai 1977, à 9h05, deux jours avant les élections générales, neuf terroristes sud-moluquois, conduit par un certain Max Papilaya se rendirent maître d'un express près de De Punt, un petit village de la province de Drenthe (nord-est du pays). Environ à la même heure, un autre groupe de Sud-Moluquois occupa un école élémentaire à Bovensmilde, dans la même province. Cette fois la nouvelle atteignit assez rapidement les autorités locales, provinciales et nationales. A 10h. un PC opérationnel fonctionnait au niveau de la province (Assen). Un PC national fut mis en place à La Hague, sous la responsabilité du ministre de la Justice. L'une de ses premières décisions fut d'envoyer le Procureur Général de La Hague pour prendre en charge le PC régional à Assen; il devait recevoir l'assistance du psychiatre du ministère de la Justice, le Dr. Dick Mulder.

A midi, trois heures après le début de la prise d'otages, on ne connaissait rien des intentions ni des exigences des terroristes. Ils avaient bien donné une lettre avec leurs revendications à l'un des 40 passagers qu'ils retenaient et qui fut relâché immédiatement... mais ce messenger avait oublié la lettre dans une voiture qui l'avait pris en stop pour le conduire à la ville la plus proche.

Après la mise en place des PC, la notification des autorités, la mise en place des moyens de communication, etc. on put établir un premier diagnostic de la situation. Tout particulièrement dans les premières phases de la prise d'otage, les autorités eurent tendance à interpréter les événements comme une répétition de l'épisode de 1975. Tous les signes semblaient le confirmer : à nouveau un train, à nouveau deux actions simultanées, à nouveau de jeunes Sud-Moluquois. De ce fait, il vint rapidement à l'esprit de réappliquer la politique suivie avec succès en 1975. Il y eut une inquiétude considérable en raison du manque de contact avec les terroristes : les autorités voulaient éviter une situation dans laquelle les terroristes auraient à nouveau le sentiment de n'être pas pris au sérieux. On décida donc de prendre contact avec eux à la fin du premier jour. Ce n'est qu'alors que les autorités purent connaître les revendications des terroristes : la libération de 21 Sud-Moluquois, un sauf-conduit pour l'étranger. Au niveau stratégique, la plupart des responsables de la Cellule de crise étaient favorables à une répétition de "l'approche hollandaise", (372) avec l'appui du Dr. Mulder, et ceci en dépit de nouvelles tendances internationales consistant à traiter ce type d'affaire de façon rapide et par la force. Au niveau opérationnel, les expériences passées avaient permis de faciliter les mobilisations des intervenants comme la mise en place des outils de liaisons.

Apparemment les responsables hollandais avaient tiré les leçons de l'expérience passée. Mais un élément essentiel fut complètement ignoré : les terroristes aussi avaient appris. Le chef des terroristes refusa d'entrer dans le jeu du Dr. Mulder; en planifiant leur action, les terroristes avaient arrêté un point stratégique : ils ne porteraient pas atteinte à la vie de leurs otages. Ils tenaient ainsi à tirer parti des inquiétudes des autorités au sujet des exécutions de 1975. Au moins au début, cela donna aux terroristes une position de force face aux autorités.

Il fallut du temps aux autorités pour se départir de leurs cadre de référence, marqué par la réminiscence des événements terrifiant de 1975. Et il n'y avait pas de personne extérieure capable d'apporter une vue nouvelle de la situation. L'expérience faisait exagérer les similitudes et sous-estimer les différences.

Les négociations se déroulèrent dans un climat de tension extrême, avec des démonstrations d'intimidation sur les enfants, des appels des enfants, de la part des terroristes; des conditions de la part des autorités du type : départ autorisé par avion à la condition qu'il n'y ait aucun acte de violence, que les otages de train ne soient pas emmenés, que les enfants soient nourris, que les terroristes nomment par avance leur destinations. On poursuivit les discussions, le psychiatre "oubliant" par exemple la dernière condition à tel moment, "oubliant" de mentionner au chef du commando du train que la supposée méningite dont souffrait les enfants dans l'école n'était sans doute qu'une crise de foie due à l'émotion, etc. (375) Les enfants furent libérés (restaient les professeurs). Les autorités firent état de nombreuses complications pour accéder aux demandes des terroristes.

En parallèle, la situation devenait de plus en plus intenable car elle bloquait la vie administrative du pays; la formation du nouveau gouvernement en souffrait. On négocia dur sur l'identité d'intermédiaires acceptables pour les deux parties. Mais tout apparaissait bloqué : la tactique de 1975 ne marchait pas, le Dr. Mulder ne parvenait pas à faire craquer la partie adverse. Plus globalement, les autorités devaient faire face à un défi extérieur à la scène : la détérioration croissante de ses relations avec la communauté Sud-Moluquoise. Il fallait résoudre la crise rapidement, surtout que la conditions des otages se détériorait, et que le chef du commando semblait perdre le contrôle de son groupe, ce qui pouvait laisser craindre des réactions incontrôlables.

Le ministre de la Justice en vint à plaider pour une action militaire rapide. (377) De vives discussions se déroulèrent au sein de la cellule de crise, le Premier ministre s'en tenant à l'approche souple. (378)

D'autres négociations ne donnèrent rien; la cellule de crise poursuivit ses travaux sans discontinuer. Elle fut informée que les répétitions militaires avaient été positives. Au PC régional on recommandait l'intervention militaire. Au PC national tous étaient pour l'action militaire, mis à part le Premier Ministre. Celui-ci ajourna la réunion pour laisser à chacun le temps de la réflexion et à la reprise la décision d'intervention fut prise en 15 minutes. L'intervention eut lieu le samedi matin à 4h53. 6 terroristes et 2 otages furent tués, 5 otages et 2 marines blessés, 43 passagers sortirent indemnes. L'école fut libérée sans effusion de sang. (380) Tout était terminé à 5h15. Mis à part quelques problèmes dramatiques (tels parents étant informés que leur enfant allait bien alors qu'il avait été tué), l'affaire put retomber.

Les autorités intervinrent sur les ondes, sans fanfaronnade. Ainsi le Premier Ministre : "Nous ressentons une défaite pour avoir dû recourir à la violence pour mettre un terme à cette prise d'otages. Mais nous l'avons utilisée pour éviter pire encore. La violence en elle-même ne résout rien, mais la force est parfois nécessaire pour prévenir de plus grands maux". (381)

Un autre épisode : 1978

Les contradictions au sein de la communauté Sud-Moluquoise s'approfondirent. En mars 1978 un groupe de 4 Sud-Moluquois s'emparèrent du siège provincial de la Drenthe. Cette fois, il n'y eut pas d'"approche hollandaise" : les marines réglèrent la situation en 24 heures, les otages furent libérés.

Les autorités renouvelèrent leur stratégie : ils invitèrent un certain nombre de Sud-Moluquois à visiter leurs terres d'origine aux frais de l'Etat. Ils y découvrirent un niveau de vie très bas et des populations très peu désireuses d'indépendance. Depuis lors, il n'y eut plus d'action terroriste.

ANALYSE

L'apprentissage au sein des organisations

Les autorités eurent dans ce cas énormément de difficultés à percevoir la spécificité de la situation. Certes, sue le plan opérationnel, l'expérience précédente permis une plus grande rapidité. Mais, au sommet, on en resta, surtout dans les premières phases, à l'objectif de rééditer le succès auto-proclamé de 1975. Les responsables exagérèrent les similitudes et sous-évaluèrent les différences. On était si imprégné du modèle de 1975 qu'on ne put s'y arracher – y compris le psychiatre, si impliqué dans l'épisode précédent et sa "réussite". Le passé risque ainsi de donner non seulement de fausses leçons mais encore une obstination dangereuse.

Ceci n'est pas une exception : de façon renouvelée, l'apprentissage à partir du passé se révèle une tâche difficile pour les responsables. (382) Le problème n'est pas qu'ils n'apprennent pas mais qu'ils retiennent les fausses leçons, appliquent mal les leçons apprises, et généralisent indûment à partir de l'expérience.

Il y a plusieurs raisons à cela. Un des problèmes majeurs est que la plupart des administrations – tout particulièrement celles qui opèrent dans des environnement volatiles ou politiquement sensibles – manquent de mémoire institutionnalisée. Ils ne traitent pas leur passé de façon systématique. Le passé sert surtout à se défendre, on l'évoque alors à l'appui d'une thèse, ou pour passer le blâme sur quelqu'un d'autre.

Les institutions qui pratiquent généralement le debriefing le font dans un autre but : celui de relâcher la pression et le stress après un épisode pénible, non pour disposer d'une base de réévaluation des stratégies et politiques. De la sorte, l'information sur les performances de crise, qui est potentiellement disponible, est fréquemment non recueillie, ou non traitée de façon adéquate. A la place, on laisse la mémoire collective et la mythologie opérationnelle donner forme aux interprétations du passé qui s'opèrent dans les organisations.

Comment assurer un meilleur traitement de l'expérience ? Il est tout d'abord nécessaire de créer des postes ou des services ayant pour fonction de recueillir systématiquement des données sur l'action passée et présente de l'organisation. Il est tout aussi nécessaire d'incorporer ces analyses dans la formulation des politiques. Ceci requiert des un climat d'ouverture dans l'ensemble de l'organisation. Une part de l'apprentissage vient de la volonté d'admettre les erreurs, de mettre en question les mythes collectifs, et de réviser les routines établies. Ceci peut inclure le fait d'intégrer de nouveaux acteurs, éventuellement même de l'extérieur. Dans le cas analysé précédemment, les mêmes hommes et les mêmes équipes furent aux commandes. Il y avait peu de personnes nouvelles capables de mettre en doute le consensus immédiat. Enfin, il est important que ce savoir soit disséminé dans l'ensemble de l'organisation et à l'extérieur. (383)

La maîtrise de la complexité administrative

De nombreux facteurs interviennent : la surcharge d'informations, allant de pair avec l'incertitude, et des rumeurs (ici d'une troisième action); des dilemmes sur l'utilisation des ressources; des conflits de culture, de perception, d'intérêt :

- Local/National : même si des textes sont prévus, on peut connaître des glissements intéressants à relever. Ainsi dans ce cas, les épisodes terroristes sont traités par le pouvoir central; il n'empêche que les personnels nationaux envoyés au PC local ont rapidement épousé les vues locales et sont devenus notamment de farouches partisans de l'intervention militaire. (cela rappelle ce que dit Kissinger des ambassadeurs).
- Opérationnel/Stratégique : ici par exemple, policiers et militaires plaident pour une intervention de grande envergure, (384) sans commune mesure avec celle que souhaitent les politiques soucieux d'éviter le bain de sang.
- Ordre public/ Ordre pénal : on retrouve ici le modèle III d'Allison, de sévères conflits bureaucratiques.
- Considérations politiques/ Gestion de crise : on était au milieu d'une élection générale mettant aux prises le Premier ministre socialiste et le ministre de la Justice, conflit politique se doublant d'un conflit personnel lié à des personnalités incompatibles... et pourtant clés de voûte de la cellule de crise. Il faut mesurer combien ceci a pesé sur la cellule de crise, avec ces responsables opposés, et confrontés à des conflits de rôles déstabilisants. (385)
- Experts/ Autorités : Il y eut l'expertise médicale sur l'état de santé exact des otages; il y eut l'expertise psychiatrique : est-ce sur ordre ou de son propre fait, par exemple, qu'il "oublia" de mentionner à nouveau certaines exigences ? Il y eut l'intervention des militaires : dans quels termes fut présentée l'intervention ? On a le précédent de l'opération de sauvetage des otages américains en Iran et pour laquelle les communications entre militaires et civils furent très mauvaises, ce qui laissa les civils trop optimistes sur les chances de succès. La question de la maîtrise de l'expertise est toujours une question clé lors des crises. Introduire de la contre-expertise peut ne faire que compliquer davantage le système, et rajouter du conflit. (386)

La maîtrise du temps

Au début ce fut le sentiment de devoir agir vite, les premières phases des prises d'otages étant les plus dangereuses (les terroristes ne connaissent pas leurs otages ce qui abaisse le seuil de violence).

On fait face ensuite à de longues périodes d'inaction et de non informations nouvelles. L'inaction génère l'ennui et le manque d'information génère des rumeurs. Cela exige un monitoring constant des nouvelles pour garder les faits clairs.

Leçon : se méfier des états d'attente qui vont générer des rumeurs : faire encore plus de monitoring; qui vont générer aussi de formidables pressions pour que l'on "fasse quelque chose", que l'on introduise des délais obligés, ce qui ne fait qu'imposer des contraintes supplémentaires (comme Carter dans la crise des otages qui affirma qu'il ne ferait pas campagne tant que les otages ne seraient pas revenus, ce qu'il ne put tenir).

Dans ce cas, le thème de l'urgence fut envahissant : maladie des otages, tensions dans entre les Hollandais et la communauté Sud-Moluquoise, etc.

La prise de décision sur le recours à la force

De nombreux aspects de la questions furent évoqués dans la cellule de crise, mettant aux prises différents groupes.

- Des pressions sociales : en raison de la non résolution du cas des enfants.
- Des pressions politiques : la question des élections.
- Des tensions administratives et politiques : au fur et à mesure de la crise, on vit se renforcer les tensions entre la cellule de crise et le PC régional. Le PC régional devait notamment subir de plein fouet la pression des parents (qui s'adressaient à lui et non aux autorités nationale à La Haye) et celle des forces d'intervention.
- Des pressions au sein de la communauté sud-moluquoise, qui eut un effet négatif pour la médiation.
- L'état physique et psychique des otages.
- L'état des preneurs d'otages (avec moins de crainte pour l'école où le faible nombre de personnes dans un local réduit, et peu de communications avec l'extérieur était de nature à favoriser le syndrome de Stockholm). (388-389)

Le processus de prise de décision : la question du groupthink

La situation, par certains côtés, aurait pu conduire à des phénomènes de groupthink:

- Un petit groupe, semi-formel.
- Un stress élevé.

- Un isolement du groupe, obligé de travailler souvent 24h/24 et sans grand lien avec l'extérieur en raison du secret à maintenir.
- La présence d'un adversaire bien identifiable et haïssable.
- La durée de la crise.
- La perception de la nécessité d'un consensus. (390)

Mais des facteurs purent contrecarrer ces tendances :

- Une opposition forte entre les leaders (opposition politique et individuelle).
- Certains participants consultèrent leurs confidents personnels.
- Des experts n'appartenant pas à une agence unique, et ne pouvant se coaliser.
- Le fait de deux PC qui posèrent d'ailleurs des problèmes d'opposition.
- Le fait d'une réunion de la dernière chance, avant la prise de décision de donner l'assaut (on discuta même des aspect moraux avec la question de savoir s'il fallait prévenir les terroristes par un coup de sifflet au moment du déclenchement de l'attaque). (390-91)

L'examen de points délicats

Le cas comportait des points sensibles. Certains furent discutés, comme celui de savoir si l'on pouvait utiliser le mensonge dans la négociation; d'autres furent esquivés, comme celui de savoir si l'ordre donné aux forces d'assaut avait été de "tirer pour tuer". Il y a des avantages indéniables à la discrétion observée, mais cela ne se fait pas sans coûts : notamment en matière d'apprentissage. En cette matière il faut toujours éviter une mémorisation simpliste des expériences. (391-92)

MICHAEL J. KELLY :

The seizure of the Turkish Embassy in Ottawa : managing terrorism and the media,
in : Uriel ROSENTHAL, Michael T. CHARLES, Paul 'T HART (Ed.) : *Coping with crises – The management of disasters, riots and terrorism*, Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1989, pp. 117-138.

Le terrorisme est une forme de communication politique. On comprend dès lors à quel point tout ce qui touche à la communication, lors d'un épisode terroriste, est au cœur du problème à traiter, et n'est en rien une dimension connexe. D'où de sérieux problèmes avec les médias, qui représentent une difficulté tout aussi sérieuse que la gestion des terroristes eux-mêmes. (117)

Et l'on est ici, directement dans la contradiction : les autorités ont naturellement pour principe de base d'interdire aux terroristes la réalisation pleine et entière de leurs objectifs en matière de publicité; l'instinct des médias, tout au contraire, est de couvrir l'événement autant que possible.

Les médias peuvent transformer la nature d'un épisode terroriste de plusieurs façons :

- 1) Ils contribuent au désordre sur le site, en créant des problèmes de foule: ils conduisent les terroristes à un jeu avec les caméras.
- 2) En entrant directement en contact avec les terroristes, ils rendent la tâche des policiers et négociateurs plus difficile : il leur est plus difficile d'établir le contact, leur influence est diluée.
- 3) Ils révèlent des informations tactiques, par exemple les plans de la police, la présence ou la localisation des équipes d'intervention, ce qui peut augmenter l'anxiété des preneurs d'otage, mettre en danger la vie des otages et des policiers, ôter aux forces d'intervention l'élément de surprise.
- 4) Ils renforcent l'anxiété du public et la sympathie pour les otages; ils augmentent la pression pour une résolution rapide de l'affaire. (118)

L'effet Heisenberg

Le contrôle de foule est un problème de tout acte terroriste. La présence des médias, avec tout leur équipement – sans compter un éclairage intempestif –, décuple le problème. Cela oblige à distraire d'autant plus de moyens pour traiter cette question, qui n'est pas la question centrale, le traitement de l'affaire elle-même.

Mais il y a plus : la présence des médias, en particulier des équipes de télévision, altère la dynamique de la situation elle-même – en encourageant par exemple les terroristes à se barricader, pour obtenir davantage de couverture médiatique, ou à exiger une conférence de presse, pour gagner une publicité directe, personnelle ou politique.

L'effet d'une couverture en direct d'un épisode terroriste est appelé l'effet Heisenberg. C'est l'hypothèse selon laquelle l'acte d'observer change le phénomène observé. De nombreuses analyses ont montré que les médias transformaient ainsi la dynamique des phénomènes collectifs. (119) Une opinion courante des autorités policière est que l'arrivée des caméras est même une provocation à la violence; ce que des chaînes comme la Canadian Broadcasting Corporation ont d'ailleurs intégré dans leurs directives (en date de 1970) :

"L'intrusion des caméras sur la scène d'une émeute ou d'un désordre civil soulève des problèmes complexes, et la chaîne qui opère cette intrusion prend une lourde responsabilité. L'expérience a montré que dans certaines situations la présence des caméras de télévision a eu un effet modérateur sur des incidents violents. Dans d'autres cas, il est clair que la présence des caméras a constitué une provocation à la violence. Lorsque l'on se prépare à couvrir des événements pouvant donner lieu à des manifestations de violence, toutes les précautions doivent être prises pour que la présence de journalistes de la CBC ne soit pas utilisée comme une 'provocation'" (en note, p.137)

Le problème de l'accès

L'accès au site est souvent un point de conflit entre les médias et la police – les médias tenant pour acquis que la liberté de la presse ouvre le droit à toute recherche d'information. Ceci conduit les médias à avoir des contacts directs avec les terroristes, par exemple en installant des lignes directes avec les preneurs d'otage, ce qui complique les négociations.

Un exemple souvent cité est celui de la prise du Bnai Brith building à Washington par des Musulmans Hanafi. Pendant l'incident, les terroristes reçurent au moins 15 appels téléphoniques de journaux et radios d'Australie; des journalistes de Londres, d'Ottawa ne furent pas en reste. Bientôt, le leader du groupe terroriste en arriva à choisir ses interviews.

Parfois, des journalistes mirent de l'huile sur le feu par des questions ou des propos incendiaires. Introduits dans le groupe de négociation, ils ont parfois transformé le cadre de cette une négociation en contrariant inutilement les terroristes, en interrompant le schéma mis au point par la police, ou en donnant aux terroristes le réconfort d'une compagnie.

On trouve aussi des exemples flagrants d'irresponsabilité. Ainsi à Calgary (Alberta), en 1976 (120) : deux voleurs ayant tué un policier et ayant pris trois personnes en otage étaient sur le point d'échanger leurs otages quand un journaliste de radio leur indiqua qu'agir de la sorte compromettrait sérieusement leur position dans la négociation. De même dans l'affaire des Hanafi : un journaliste suggéra au chef du commando que la police était en train de le mener en bateau sous couvert de négociation – ce qui eut pour effet de le mettre en rage : il menaça de commencer à exécuter des otages.

La révélation d'information tactique

C'est peut-être là le point le plus sujet à controverse. Quand des terroristes se barricadent avec des otages, leur contact avec l'extérieur, tant en matière de communication que pour la gestion de leur propre situation, dépend des médias. C'est d'ailleurs pourquoi ils s'équipent de postes de radio et de télévision pour suivre les bulletins d'informations. De la sorte, les médias constituent la capacité d'intelligence des terroristes, en leur donnant des informations sur les dernières activités opérationnelles de la police, la position des forces d'intervention, la présence de personnes cachées (qui peuvent devenir des otages), ou de tout ce qui pourrait être mis au point par les forces de l'ordre.

Même si l'on a dit que la révélation prématurée d'informations n'a jamais coûté de vie aux USA, il n'en va pas de même partout. Le 22 novembre 1974, quand 4 pirates de l'air s'emparèrent à Dubai d'un VC10 de British Airways qui devait se rendre en Libye (122). Un échange était exigé par les terroristes. Un avion supposé amener ces terroristes pour échange arriva du Caire; à ce moment, un journaliste local révéla en direct qu'il n'y avait pas de terroristes à bord de cet avion. On pense que l'assassinat d'un banquier allemand par les pirates de l'air fut directement lié à cette information.

Autre exemple : des pirates de l'air s'emparèrent d'un avion de la Lufthansa et le forcèrent à se diriger vers le Moyen-Orient. La presse suivit l'odyssée avec la plus grande attention et rapporta que le commandant de bord passait aux autorités des informations sur les pirates. Les pirates apprirent le fait par les nouvelles et exécutèrent le pilote.

Autre exemple, dans l'affaire de Mogadisho, un radio amateur israélien intercepta un message entre l'avion transportant des forces d'intervention allemandes et sa base, et le passa à l'AFP. La télévision israélienne diffusa la nouvelle, bien que les Allemands la suppliait de ne pas ébruiter le point. Deux journaux britanniques, Le Times et le Daily Telegraph, après s'être consultés à haut niveau, décidèrent également de ne pas tenir compte des demandes allemandes et publièrent l'information.

Autre exemple : en 1974, des terroristes s'emparèrent d'otage dans le palais de justice de Washington. Ils gardaient leurs otages dans une pièce séparée d'une autre pièce par une glace sans teint. Si la vie des otages était mise en danger, les policiers pouvaient tuer les terroristes à travers la glace. Cet élément de sécurité relative pour les otages fut perdu lorsque les médias firent état de la présence de ce dispositif : les terroristes ordonnèrent aux otages de placer une couverture sur le miroir.

Autre exemple : la chaîne de télévision ITN défia des instructions de la police en cachant une caméra à l'arrière de l'ambassade d'Iran à Londres pendant une prise d'otage. La présence révéla la présence de membres des SAS et montrait la progression minute par minute (122) de leur préparation en vue de prendre d'assaut l'ambassade et de libérer les otages. Les terroristes avaient un poste de télévision. Par chance le film fut diffusé avec 4 minutes de retard, ce qui évita la mort aux otages et à un certain nombre d'hommes du SAS.

Autre exemple : l'affaire du vol TWA 847 qui fut pris par des pirates de l'air à Beyrouth en juin 1985. George Shultz, le Secrétaire d'Etat américain, critiqua sévèrement les médias pour avoir informé sur le mouvement de la force Deltad depuis sa base aux Etats-Unis, sur le mouvement de navires depuis Haifa et différents points de la côte libanaise. Le porte-parole du Pentagone déclara sans détour : "Pour 25 cents, le prix d'un journal, ou un poste de télévision, un groupe de pirates de l'air qui ne représentent qu'une pauvre petite bande (pew?), disposent d'un réseau d'intelligence très élaboré". Dans ce cas, les médias répliquèrent que les autorités utilisaient les médias pour communiquer avec les pirates par des fuites sélectives.

Les pressions du public sur les gestionnaires de la crise

La pression de l'opinion rend plus difficile la mise en place de stratégies prudentes, inscrites dans la durée. On risque fort de devoir prendre des mesures qui ne font qu'exacerber la situation.

Les médias peuvent rendre compte directement des exigences (plight?) des médias, de l'anxiété des familles – ce qui rend très difficile pour les autorités de garder une distance : il faut immédiatement faire cesser les pleurs des proches,

quelles que soient les exigences, sans aucune considération pour l'intérêt national. (123) Et l'on sait que les gouvernements ne peuvent tenir bon face aux terroristes que s'ils ont l'opinion publique derrière eux.

La stratégie de base pour les autorités est d'éviter les actes brusques, de calmer le jeu, de faire durer les choses pour arriver à un règlement heureux. Les médias, en mettant en scène des images extrêmement émotives, des émotions individuelles très fortes, cassent ce jeu. La question éclate : pourquoi les autorités sont-elles si indécises, si lentes ?

L'affaire de la prise de l'ambassade de Turquie à Ottawa, mars 1985

A 7h15 du matin, au début du mois de mars 1985, une agence de Presse canadienne reçut un appel téléphonique d'un homme annonçant une prise d'otage pour faire payer la Turquie pour le génocide arménien.

Ils avaient une douzaine d'otages. L'ambassadeur avait pu sauter par une fenêtre mais s'était blessé au sol et ne pouvait bouger; il fut rejoint par un policier qui put le tirer hors de la ligne de feu mais ils durent rester sous la pluie trois heures durant. (124-125)

Durant les premières heures, les preneurs d'otages ne communiquèrent qu'avec les médias. (126)

L'attaque était précisément orchestrée pour les médias. Les terroristes entrèrent dans l'ambassade avec un papier contenant les numéros de téléphone des principales agences de presse. L'incident se termina au bout de trois heures, une fois le but de publicité atteint.

Les médias posèrent un certain nombre de problèmes caractéristiques.

1. Blocage de l'accès

Un premier problème fut l'impossibilité pour la police, pendant plus de deux heures, de passer un seul appel téléphonique aux terroristes : la ligne était constamment occupée.

2. Complication de la négociation

Certains journalistes s'engagèrent dans des interviews condamnables (127) Tel reporter demanda aux terroristes quelles étaient ses exigences, s'ils négociaient, ce qui se passerait si le gouvernement Turc ne satisfaisait pas leurs exigences. Un journaliste de CBC fit le même type d'interview, mais, ayant obtenu une réponse sur les exigences, poursuivit : "Ce sont là des exigences à long terme. Avez-vous des exigences à court terme pour résoudre le problème immédiatement ? " Ceci provoqua un silence, le terroriste considérant l'idée, effectivement, d'introduire des exigences immédiates.

3. Révélation d'informations opérationnelles

Cela eut lieu à plusieurs reprises. Des journalistes spéculèrent en direct sur la conduite qu'allait adopter les forces de l'ordre. Un reporter annonça que les unités spéciales d'intervention étaient en position. Pendant toute la matinée la télévision montra les mouvements des tireurs d'élite et le déploiement des unités d'intervention autour de l'ambassade. Or un poste de TV était allumé dans l'ambassade – fort heureusement, les terroristes étaient occupés à surveiller leurs otages.

Ces révélations peuvent certes être le fait d'officiers de police. L'un d'eux, alors qu'il était en direct – ce qui lui avait échappé – précisa que l'ambassadeur était allongé juste sous les fenêtres de l'ambassade, qu'il était blessé et ne pouvait être déplacé. Pareille précision mettait la vie de l'ambassadeur en jeu. Le policier reconnut ensuite son erreur, mais il fit état de la pression du moment, et du fait qu'il ignorait être en direct.

Pire, un journaliste de CBC précisa à l'antenne que la police allait utiliser un camion de l'armée pour aller dégager l'ambassadeur; il précisa à un autre moment que la police avait placé des explosifs à l'arrière de l'ambassade, et avait l'intention de faire un trou pour avoir accès au bâtiment. Ce même journaliste reçut par la suite une distinction nationale pour sa couverture de l'affaire. (129)

Evaluation

Un tel scénario aurait nécessité une prise en charge compétente des médias. Ceci ne fut pas fait. Comme le déclara le chef des opérations à la commission d'enquête, le problème des médias fut considéré au mieux comme secondaire, au pire comme une source majeure d'irritation.

La gestion de médias fut marquée par une confusion considérable. Au début, c'est le ministère des Affaires étrangères qui répondit aux demandes de la presse, car il une ambassade était impliquée. Ce fut ensuite le bureau du Solicitor General, qui couvre la gestion des affaires terroristes. Mais le gros des demandes arrivaient à la police sur le site. D'ailleurs, le centre de presse du Solicitor General n'obtint pas le numéro du PC de la police avant 11h04, quelques minutes avant la fin de l'affaire.

Guide d'action

Il est clair que la question des médias doit constituer une dimension intégrante de la gestion de crise. (129) Ceci suppose des guides d'action tant pour les responsables que pour les médias.

Directives pour les responsables

Les responsables commirent 2 erreurs fondamentales, qui conduisirent aux problèmes identifiés.

Tout d'abord, ils ne surent pas prendre le contrôle immédiat de la situation en coupant les lignes de l'ambassade. En conséquence :

- 1) La police ne put entrer en contact avec les terroristes.
- 2) Cela permit à des gens ne connaissant rien à la dynamique de ce type d'épisode (les journalistes) d'entrer directement en contact avec les preneurs d'otages.
- 3) Des questions explosives furent posées aux terroristes.
- 4) Cela donna une plate-forme de propagande directe au commando.
- 5) Cela enleva au négociateur un élément de marchandage important, à savoir la publicité.

En second lieu, la police omit de mettre sur pied un centre de presse, avec des responsables bien entraînés. C'est immédiatement une invitation à la presse à interférer avec les activités de la police. En d'autres termes, la police fut l'architecte de leurs difficultés. (130)

Des directives sénatoriales ont prescrit par la suite que les journalistes soient physiquement empêché d'avoir accès aux sites d'intervention, sachant qu'ils pourront ensuite évaluer la conduite des événements. L'auteur note que cet empêchement, qui est naturellement le réflexe naturel des intervenants, présente quelque risque : n'avoir pour source d'information que les seules forces de police présente des problèmes. (131)

Directives pour les médias

Le comité sénatorial d'enquête proposa de directives pour les médias, fondées sur deux principes de base : 1) La couverture médiatique ne doit pas mettre en danger des vies et des biens, ni gêner les efforts des autorités pour résoudre la crise, qu'elles agissent par la force, la négociation, ou encore par d'autres voies. 2) Il ne doit pas y avoir de limitation à la liberté des médias en matière de publication d'informations à la suite de l'incident, dans la mesure où cela ne met pas en jeu la vie de futurs otages, de leurs familles, de leurs amis, ou porte atteinte aux opérations des groupes d'intervention. (132)

CBC a précisé ses propres directives, qui interdisent au moins une chose : contacter les preneurs d'otages au téléphone. (134) Mais il est clair que l'idée même de directive est rejetée universellement par les médias. Il reste que les propositions faites ont au moins le mérite d'offrir une base de discussion pour ouvrir un dialogue. "Un tel dialogue, le développement d'étroites relations de travail et quelque confiance mutuelle entre la police et les médias dans les grandes villes, sont nécessaires. (134) L'animosité ou le conflit entre la police et les médias sur le lieu d'une crise terroriste peuvent avoir des conséquences tragiques" (135)

Conclusion

On a vu les risques présentés par une présence médiatique non maîtrisée. En positif, les responsables peuvent trouver un intérêt dans la présence des médias : une aide pour la maîtrise des rumeurs, un usage contrôlé de la publicité, qui peut valoir de concession dans la négociation.

Le développement de directives du côté des médias apparaissant difficile, il reste aux autorités à le faire de leur côté, et à former leurs agents en conséquence.