



**HAL**  
open science

## Lubrizon: quelles leçons ?

Olivier Borraz

► **To cite this version:**

Olivier Borraz. Lubrizon: quelles leçons ?. Environnement, Risques & Santé, 2021, 20 (2), pp.191-197.  
10.1684/ers.2021.1528 . hal-03494442

**HAL Id: hal-03494442**

**<https://hal.science/hal-03494442>**

Submitted on 10 Jan 2022

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

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

## Lubrizol : quelles leçons ?

Olivier Borraz

Directeur de recherche CNRS, Centre de Sociologie des Organisations, Sciences Po

19 rue Amélie, 75007 Paris

[olivier.borraz@sciencespo.fr](mailto:olivier.borraz@sciencespo.fr)

Article publié dans *Environnement, Risques and Santé*, 2021, 20 (2), pp.191-197. (10.1684/ers.2021.1528).

### Résumé

A travers l'analyse des trois rapports produits après l'accident de LNL, l'article revient sur leur rôle dans la production d'un récit dominant des causes de la crise qui insiste sur l'absence de culture du risque ; mais aussi leurs limites, s'agissant notamment de l'absence d'interrogation sur les raisons pour lesquelles les leçons des crises passées ne sont jamais tirées.

Toute crise, aujourd'hui, fait l'objet de rapports. Sans être une obligation réglementaire, leur élaboration est devenue une obligation morale et politique à laquelle se plient tant les organisations directement concernées par la crise, que les institutions qui en assurent la supervision. Emanant de commissions parlementaires, d'inspections générales ou des organisations elles-mêmes, ces documents entendent établir les causes de la crise ou en évaluer la gestion. Leur ambition est d'éviter qu'elle ne se reproduise ou, à défaut, qu'elle soit mieux prise en charge ; et, à cet effet, ils formulent des recommandations aux pouvoirs publics.

Le contenu de ces rapports a donné lieu à peu de travaux en sciences sociales. Citons ici les écrits de Birkland (2006, 2009), Boin, McConnell et t'Hart (2008) et Older (2019) ; et en français Laroche et Lagadec (2005) et de manière plus indirecte Arnhold (2019).

Il ressort de ces travaux que la production de rapports sert avant tout un objectif symbolique. Il s'agit, tout d'abord, de signaler la fin de la crise et le retour à la normale ; ce qui a pour conséquence qu'ils sont souvent produits dans des délais très courts. Ces documents proposent ensuite un récit linéaire et ordonné, qui raconte l'enchaînement d'événements, de situations et de décisions. Ce travail narratif permet d'apposer du sens sur une situation initialement indécise et incertaine, en identifiant des causes et en définissant la nature de la crise. Ces rapports présentent, en outre, la crise comme une occasion de tirer des enseignements sur le fonctionnement des organisations et de l'action publique. La crise serait une expérimentation grandeur nature dont il serait possible de produire des connaissances tournées vers l'action. Un dernier objectif symbolique, enfin, tient à la caractérisation de l'événement comme singulier : son occurrence s'inscrit en dehors du cours normal des choses, et ne remet donc pas en cause les arrangements institutionnels existants.

Les travaux précités soulignent également les limites de ces rapports. Tout d'abord, leur multiplication pour une même crise ne permet aucune mutualisation des résultats, mais nourrit

au contraire une forme de concurrence. Ensuite, ces textes reflètent souvent l’agenda personnel ou institutionnel de leurs auteurs ; ils s’inscrivent dans des jeux politiques, ce qui peut conduire à privilégier la désignation de coupables ou de défaillances au détriment d’une analyse plus fine de ce qui a marché. On peut encore souligner qu’ils n’adoptent pas la même structure ; pas plus qu’ils ne procèdent à des comparaisons systématiques entre crises. En conséquence, ces documents, loin de s’inscrire dans une démarche cumulative, tendent au contraire à proposer des récits *ad hoc*, renforçant le caractère singulier de l’événement dont ils rendent compte.

Ces rapports sont-ils dès lors dépourvus de tout intérêt ? La réponse est non. D’une part, parce que leur dimension symbolique, en contribuant à produire un effet de cadrage, est importante. D’autre part, parce qu’ils contiennent une quantité considérable d’informations, qu’il importe ensuite de recouper et d’analyser.

Les trois rapports produits après la survenue de l’accident de LNL en septembre 2019 en offrent une illustration. Sans procéder à une comparaison systématique de leurs contenus, je les présenterai rapidement, insisterai ensuite sur la place qu’y occupe la notion de culture du risque, avant de conclure sur le paradoxe qu’il y a à vouloir tirer des leçons des crises sans s’interroger sur les raisons pour lesquelles ces leçons ne sont pas mises en œuvre.

### Trois rapports pour une crise

Les trois rapports par ordre chronologique sont présentés ci-dessous :

Institution	Titre, date et volume
Assemblée Nationale (AN)	<i>Rapport de la mission d’information sur l’incendie d’un site industriel à Rouen</i> 12 juin 2020 Un volume de 138 pages plus 500 pages d’auditions
Conseil général de l’économie Inspection générale de l’administration Inspection générale des affaires sociales Conseil général de l’environnement et du développement durable Conseil général de l’alimentation, de l’agriculture et des espaces ruraux	<i>Retour d’expérience après l’incendie d’un site industriel à Rouen en septembre 2019. Analyse et propositions sur la gestion de crise</i> Mai 2020 Un volume de 300 pages, dont 80 pages d’annexes Un volume d’auditions de 466 pages
Sénat	<i>Rapport de la commission d’enquête chargée d’évaluer l’intervention des services de l’Etat dans la gestion des conséquences environnementales, sanitaires et économiques de l’incendie de l’usine Lubrizol à Rouen, de recueillir des éléments d’information sur les conditions dans lesquelles les services de l’Etat contrôlent l’application des règles applicables aux installations classées et prennent en charge les accidents qui y surviennent ainsi que leurs conséquences et de tirer les enseignements sur la prévention des risques technologiques</i> 2 juin 2020 Un volume de 135 pages, dont 30 pages d’annexes

Les trois rapports s’appuient sur des données très différentes et proposent également des tables des matières contrastées :

	AN	Inspections	Sénat
Données	150 personnes auditionnées	169 personnes auditionnées Consultation « des outils de planification, des mains-courantes des services et cellules responsables de la gestion de la crise, des revues de presse [...], de l'ensemble des communiqués de presse, points de situation et actions de communication des services de l'Etat. »	80 personnes auditionnées Visite à Rouen « pour entendre tous les acteurs intéressés par l'accident au plus près du terrain » Questionnaires thématiques Interrogation de tous les préfets « sur la mise en œuvre de l'instruction ministérielle du 2 octobre 2019, [...] première réponse du Gouvernement après l'accident » Consultation en ligne « afin de recueillir l'appréciation des élus locaux sur la politique de prévention des accidents industriels » « Analyse approfondie de l'activité des réseaux sociaux consacrée à l'accident »
Plan	1. L'incendie du 26 septembre 2019, un événement majeur impliquant un site industriel singulier 2. Des propositions à mettre en œuvre pour améliorer la gestion de crise en France sur le long terme et relancer à court terme l'attractivité de la métropole rouennaise 3. Des compensations en cours et un suivi épidémiologique nécessairement à long terme	1. Une gestion efficace de l'incendie et des effets immédiats du panache de fumée 2. La prise en compte des retombées du panache et des effets de moyen et long terme a été particulièrement technique et complexe 3. La coordination des actions immédiates et de long terme liées à un accident industriel 4. Les difficultés de la parole publique face à une inquiétude légitime	1. L'immédiate après-crise – le temps de l'évaluation 2. Les questionnements en suspens – le temps de la vigilance

Les deux tableaux laissent à voir de nombreuses différences dans la production et le contenu des trois rapports. Deux dernières différences méritent d'être soulignées. La première tient à la temporalité de sortie des trois rapports, la seconde à leur tonalité.

Comme cela a été signalé plus haut, les rapports ont pour fonction de clore la crise. Et c'est bien l'objectif du document produit par l'AN, dont le président et le rapporteur sont tous deux députés de Seine-Maritime. La lecture de ce document ne laisse aucun doute sur leurs intentions respectives : le président, élu socialiste, entend déposer un projet de loi créant une autorité de sûreté des sites Seveso (contre laquelle le même rapport se prononce) ; le rapporteur, élu La République En Marche, veut mettre fin à un épisode compliqué pour le gouvernement ; les deux souhaitant rétablir aussi rapidement que possible l'image de leur département et notamment « l'attractivité de la métropole rouennaise ». Cela se traduit par une évaluation plutôt positive de la gestion de la crise par les pouvoirs publics.

A l'inverse, le rapport du Sénat est porté par des élus qui se situent dans l'opposition au gouvernement (Union Centriste, Les Républicains et Parti Socialiste) et sans véritables enjeux locaux. Sa sortie plus tardive est due à la survenue de la pandémie de Covid-19, mais également comme cela a été noté plus haut, à un appareil de preuves plus conséquent. La tonalité est plus critique, notamment à l'encontre de la gestion ministérielle de la crise.

Quant au rapport des cinq inspections, adoptant un ton plus neutre, il entend surtout formuler des recommandations pour améliorer la gestion de crise. Il insiste notamment sur la nécessité de mieux organiser la gestion « post-accidentelle », par opposition avec la phase accidentelle qui, selon lui, s'est déroulée conformément aux procédures.

### **Crise et culture du risque**

Les trois rapports ont en commun de juger que tout a été fait par le préfet et les services de secours pour éviter que l'incendie ne se propage aux usines voisines.

Dans ces conditions, qu'est-ce qui a fait crise ?

Si le préfet a bien activé le Plan particulier d'intervention prévu dans le dispositif Orsec et créé son centre opérationnel départemental, ce n'est pas cela que retiennent les rapports pour définir la crise ; mais plutôt la défiance de la population à l'encontre des pouvoirs publics. La crise est d'abord une crise de communication, les pouvoirs publics ayant échoué à faire passer un message clair et rassurant à la population.

Ainsi, le rapporteur de l'AN évoque « les images de l'incendie [qui] ont été accueillies avec anxiété et incompréhension par la population. » Il précise ensuite qu'un « incendie sur un site Seveso ne devrait pas arriver, [...] que des questionnements sur la gestion de cette crise et l'information à la population ont été soulevés, [...] que les conséquences de l'incendie sur la santé, l'environnement et l'économie du territoire devaient être mesurées. » (p. 15)

Le Sénat est encore plus clair à ce sujet, lorsqu'il souligne que « la communication de crise des services de l'Etat a montré ses limites par son incapacité à informer le public de façon claire, prescriptive et pédagogique et à utiliser efficacement l'ensemble des canaux de distribution disponibles » (p. 9). Plus loin, dressant un parallèle avec la pandémie de Covid-19, il insiste sur le fait que dans les deux cas, on a bien affaire à une « défiance à l'égard de la parole publique » (p. 24).

Les inspections, enfin, font également état d'« une très forte inquiétude, relayée par les interrogations des médias, dans la population. » (p. 7) Plus loin, elles soulignent « l'emballement des médias et des réseaux sociaux », qui trouve « son origine dans les inquiétudes de la population » et a été nourri « par le décalage entre ces inquiétudes et un discours rationnel, rassurant et factuellement exact des autorités, mais rendu parfois peu accessible par la complexité technique du sujet », le tout « dans un contexte historique de défiance vis-à-vis de la parole publique » (p. 9).

Bref, selon les trois documents, c'est la capacité à faire passer un message clair et rassurant qui est en crise. Cela les conduit, pour expliquer cette défiance, outre des explications d'ordre général, à pointer du doigt l'absence de culture du risque.

Rappelons d'abord que ce n'est pas la première fois que la culture est utilisée comme explication d'une catastrophe. Déjà lors de l'accident de Tchernobyl en 1986, c'est sur ce facteur que s'accordent les récits officiels de la crise, en mettant en cause le manque de culture du risque des opérateurs soviétiques (Santana 2017 ; Arnhold 2019). Explication qui a pour mérite : de ne pas remettre en cause la technologie nucléaire ; d'établir un lien entre l'idéologie communiste et l'avènement de l'accident ; et de proposer une solution simple pour améliorer le niveau de sécurité des centrales nucléaires.

On retrouve également la notion de culture du risque dans des rapports consacrés à des catastrophes naturelles, pour regretter que les populations continuent d'habiter dans des zones exposées à des dangers et ne connaissent pas les bons gestes de protection (Vidal-Naquet 2001). Là aussi, cela permet de détourner l'attention d'autres facteurs, notamment les autorisations de construire en zone à risque délivrées par les autorités.

Dans le cas de LNL, cette notion est au cœur des trois rapports. Elle propose à la fois une explication à la survenue de la crise ainsi que des solutions. Pourtant, si l'acception qu'en ont les auteurs se veut large, leur attention se centre rapidement sur les populations.

L'AN reprend la définition du MTES (Ministère de la transition écologique et des solidarités), pour lequel la culture du risque renvoie à « la connaissance par tous les acteurs (élus, techniciens, citoyens, etc.) des phénomènes naturels et l'appréhension de la vulnérabilité. L'information des populations, et ceci dès le plus jeune âge, est le moteur essentiel pour faire progresser la culture du risque. Celle-ci doit permettre d'acquérir des règles de conduite et des réflexes, mais aussi de débattre collectivement des pratiques, des positionnements, des enjeux, etc. » (p. 45). Très vite, cependant, le document retient une acception plus étroite, en insistant sur le fait que les citoyens « ne disposent pas toujours des connaissances et outils nécessaires à cette participation active à la sécurité civile. » (p. 45) Et pour en fournir la preuve, il revient sur la décision du préfet de ne pas déclencher les sirènes durant la nuit, laquelle serait justifiée précisément par ce manque de culture du risque (p. 46).

Les inspections reviennent sur cette décision en reproduisant les propos du préfet :

- « *Alors que la population était à l'abri en pleine nuit dans les habitations, les sirènes auraient réveillé un grand nombre de personnes qui seraient sorties de leurs logements pour voir l'incendie [...] compte tenu du manque de culture du risque de la population* » ;
- « *De nombreux habitants auraient décidé de prendre leurs voitures [...] ce qui aurait entraîné une congestion des principaux axes de circulation au moment où il était nécessaire qu'ils soient libres pour permettre l'acheminement des renforts des sapeurs-pompiers* ». (p. 29)

Ainsi, le préfet jugeant que la population manque de culture du risque, décide-t-il de ne pas l'alerter au risque de la paniquer. Pourtant, aucun des deux rapports ne précise sur quels éléments le préfet se fonde pour arriver à de telles conclusions. Elles vont de soi. En revanche, c'est bien à un renversement de la responsabilité que l'on assiste : la population eut-elle été dotée d'une meilleure culture du risque, le préfet aurait pu déclencher les sirènes. Certes, le rapport de l'AN ajoute que ce manque de culture peut être imputé aux pouvoirs publics qui « n'ont pas encore réussi à accompagner les populations afin de passer de l'inquiétude à l'ancrage d'une véritable culture du risque » (p. 46). Mais le problème demeure du côté des populations qui, naturellement inquiètes, « ne savent pas toujours comment réagir » (p. 53).

Le rapport des inspections se veut plus précis, puisqu'il suggère qu'il existe « une faible *'culture du risque industriel'*, qui reste sensiblement moins développée à Rouen que dans d'autres secteurs de Seine-Maritime. » (p. 7) Pour mesurer cet écart, les auteurs citent la métropole du Havre et la communauté d'agglomération Caux-Vallée de Seine « qui disposent de services dédiés aux risques majeurs et qui ont développé, en lien avec les industries, une politique active de sensibilisation de leur population. » (p. 23) ; tandis que les actions réalisées à Rouen seraient de plus faible ampleur. Pour expliquer cet écart, le document évoque un « terrain sociologique » rouennais qui serait « moins sensible à l'intérêt d'un partenariat avec les entreprises sur la question des risques. » (p. 23) Mais là aussi, peu d'éléments viennent étayer ce constat, sur lequel repose pourtant l'ensemble de la démonstration.

Quant au Sénat, il adopte une définition proche de celle du MTES, qui inclue les industriels, leurs sous-traitants et les élus ; et il insiste longuement sur le rôle des instances de concertation

pour faire advenir cette culture du risque (p. 170 et s.). Des trois rapports, il s'agit incontestablement du plus critique à l'encontre de la gestion gouvernementale, et notamment ses « communications peu coordonnées, parfois contradictoires, [qui] loin de rassurer les populations, ont conduit à accroître la suspicion quant à la véracité et à la crédibilité des informations communiquées » (p. 69). Il regrette « l'attitude des services de l'Etat [qui] a principalement visé à éviter la panique, quand les citoyens demandaient simplement à connaître la réalité de la situation. » (p. 67) Toutefois, le propos se recentre très vite sur l'absence de culture du risque (p. 83) et « la nécessité de retisser des liens entre les territoires et leurs usines. » (p. 204) Et les sénateurs de recommander l'organisation de formations dans les écoles et les entreprises, la tenue régulière de réunions publiques et d'exercices, des campagnes d'information et une réforme des instances de concertation et de d'information du public (p. 206).

Dans les trois cas, l'objectif demeure donc de mieux préparer les populations à la survenue d'accidents industriels. La crise à LNL étant entendue comme associée à un manque de confiance de la population dans la parole publique, voire un « profond malaise social » (Sénat p. 83), la culture du risque doit permettre de rétablir cette confiance en évitant que la population n'adopte la prochaine fois des comportements irrationnels ou ne donne crédit à de fausses informations. Et les rapports d'insister sur la manière d'organiser au mieux cette culture, à l'aide de dispositifs d'information, d'éducation et de concertation.

Pourtant, en centrant ainsi le diagnostic sur l'absence de culture du risque, ces rapports écartent d'autres explications possibles : on pense, par exemple, aux décisions et à la communication préfectorales, et notamment la confusion entretenue pendant plusieurs jours entre absence de risque de toxicité aiguë lié aux rejets et absence d'effets sur la santé tout court (Borraz 2019). A aucun moment ne font-ils le lien entre la gestion accidentelle et la montée des inquiétudes, qu'ils ont tendance à repousser plutôt vers la phase post-accidentelle. S'ils pointent du doigt certaines lacunes, ils s'efforcent néanmoins de protéger l'image d'une préfecture qui a su gérer la phase accidentelle ; renvoyant ensuite la gestion de la phase post-accidentelle et ses difficultés à d'autres protagonistes.

Certes, les trois documents ne se contentent pas de mettre en cause l'absence de culture du risque comme seule explication à la crise. Et les deux rapports parlementaires insistent également sur la nécessité de réformer le régime des inspections des installations classées, de manière à éviter que de tels accidents ne se reproduisent. Il n'en demeure pas moins que leur lecture renforce l'impression qu'il s'agit de clore la crise plutôt que de tirer des leçons sur la manière dont elle a été gérée. Ce dont il ne saurait de toute façon être question, puisque ces rapports ne s'inscrivent pas dans une démarche cumulative et comparative pour établir des récurrences entre crises et, ce faisant, produire des connaissances robustes.

### **Pourquoi ne tire-t-on pas des leçons ?**

La lecture des trois rapports révèle en effet un paradoxe : alors qu'ils insistent sur la nécessité de tirer des leçons, ils s'attardent peu sur les raisons pour lesquelles ces leçons ne sont pas effectivement mises en œuvre.

C'est le cas, notamment, du précédent de 2013 dans la même usine de LNL, lorsqu'un gaz mercaptan est largué dans l'environnement ; un accident qui donne lieu à un rapport conjoint des inspections (IGA, CGEDD, CGEJET) contenant de nombreuses recommandations. L'AN note qu'elles « n'ont été que partiellement suivies par les pouvoirs publics de l'époque » (p. 22), tandis que le Sénat mentionne simplement le fait que la communication de crise défailante des services de l'Etat en 2019 fait écho à ce qui avait été observé en 2013 (p. 67). Seules les inspections consacrent une section entière intitulée « les enseignements de l'incident de 2013 n'ont pas été complètement retenus » (p. 21 et s.) ; mais elles retiennent surtout les instructions

ministérielles qui en sont issues et considèrent que c'est d'abord la « faible culture du risque industriel » qui explique cette insuffisance (p. 7).

Cette absence d'interrogation sur les raisons pour lesquelles les leçons ne sont pas tirées rejoint un autre constat : les auteurs de ces rapports interrogent peu les raisons pour lesquelles les acteurs de la crise ne s'inscrivent pas (entièrement) dans les dispositifs pourtant prévus à cet effet ; et tendent au contraire à les aménager.

Ainsi en est-il de la Mission d'appui en situation de crise, dont le Sénat s'étonne que le préfet n'ait pas fait appel à elle, alors qu'elle est « pourtant composée d'experts dont le profil aurait pu sembler utile à un préfet qui a publiquement fait part de sa solitude face à l'événement » (p. 31). Les inspections relèvent de leur côté que la Cellule post-accident technologique prévue par la circulaire du 20 février 2012 « n'a pas été formellement structurée dès la phase de suivi immédiat de l'incendie tel que préconisé [...]. Les services se sont de fait organisés autour de la DREAL pour partager les informations dont ils disposaient, mais sans qu'une interprétation d'ensemble et une approche coordonnée de la démarche de prélèvements et d'analyses soient rendues possibles. » (p. 63)

Le Sénat mentionne également la création d'une cellule nationale d'appui (CNA) « pour assurer la coordination interministérielle des réponses à apporter à la cellule post-accident », alors qu'il existe déjà une cellule post-accident localement. (p. 108) Il regrette que cette « captation directe par l'échelon ministériel », loin de favoriser la coordination, s'est traduite par « l'organisation de 'filiales' verticales et distinctes sous l'égide des ministères respectifs » (p. 109). Les inspections reviennent également sur cette création *ex nihilo*, qui selon elles « pose question pour son extension à des aspects qui auraient dû être gérés localement par le préfet avec l'appui de l'organisation territoriale pertinente » (p. 8). Elles soulignent qu'en outre, cette CNA ayant été positionnée au ministère de la Santé, elle « ne disposait [...] pas des moyens nécessaires à l'exploitation de ces résultats » (p. 77). Leur rapport évoque aussi la non-activation de la CIC (cellule interministérielle de crise), laquelle avait été activée lors de l'accident en 2013. S'il ne critique pas cette non-décision, il émet des réserves à l'encontre des RIM (réunions interministérielles) et de la CNA qui l'ont remplacée : « la mise en place *de novo* d'une nouvelle organisation de pilotage autour des RIM et de la CNA a nécessité un temps de mise en place et d'acquisition des modes de fonctionnement. » (p. 77), ce qui n'est pas toujours compatible avec l'urgence qui caractérise la gestion de crise.

Comment ici ne pas faire le parallèle avec la gestion de la pandémie de Covid-19 (Bergeron *et al.* 2020) ? Qu'il s'agisse de la création au mois de février 2020 d'une *task force* interministérielle positionnée au ministère de la Santé, en lieu et place de la CIC ; de la mise sur pieds au mois de mars d'un conseil scientifique, en dehors des agences et structures d'expertise sanitaire existantes ; de l'activation tardive de la CIC au mois de mars 2020 et d'une organisation de crise non-conforme à ce qui avait été défini dans la circulaire du 1<sup>er</sup> juillet 2019 pour la gestion des crises majeures ; ou de la confusion entre pilotage opérationnel et stratégique de la crise. Sans que tout cela n'aboutisse pour autant à une meilleure coordination entre les services, puisque l'on observe au contraire un même fonctionnement en silos.

Tous ces éléments traduisent, non seulement un décalage entre la préparation à la gestion de crise et la gestion effective d'une crise lorsqu'elle survient ; mais également la très grande difficulté qu'ont les services de l'Etat à tirer des leçons des crises, qu'il s'agisse d'aménager les dispositifs existants ou d'en améliorer le fonctionnement. Car la circulaire du 1<sup>er</sup> juillet 2019 n'est appliquée ni en septembre 2019 à Rouen, ni à partir de 2020 à l'échelle nationale. Dans les deux situations, une certaine forme d'improvisation contribue incontestablement à nourrir la crise en complexifiant la coordination et les échanges d'information entre acteurs.

\*

En ne s'interrogeant pas sur les raisons pour lesquelles les leçons de 2013 n'ont pas été tirées, en ne cherchant pas à comprendre pour quelles raisons les acteurs de la crise procèdent à des aménagements, et en imputant cette crise à une « faible culture du risque », les trois rapports demeurent dans une conception de la gestion de crise qui continue d'opposer l'Etat à la société. Certes, ils marquent une évolution importante lorsqu'ils jugent la communication de l'Etat trop descendante (Inspections p. 90) et anxiogène (Sénat p. 83) ; arguant pour une meilleure prise en compte des attentes des populations. Mais ils pensent toujours la crise du point de vue de l'Etat. En cela, la culture du risque constitue une notion commode, car éminemment ambiguë et protéiforme, pour repenser les relations entre l'Etat et la société sans questionner la manière dont la seconde s'organise en temps de crise ; et le premier peut contribuer par son fonctionnement à amplifier les crises.

## Références

- Arnhold, Valerie. « L'apocalypse ordinaire. La normalisation de l'accident de Fukushima par les organisations de sécurité nucléaire », *Sociologie du travail*, 2019, 61(1).
- Bergeron, Henri, Borraz, Olivier, Castel, Patrick, Dedieu, François. *Covid-19 : Une crise organisationnelle*. Presses de Sciences Pon 2020.
- Birkland, Thomas A. *Lessons of disaster: Policy change after catastrophic events*. Georgetown University Press, 2006.
- Birkland, Thomas A. "Disasters, Lessons Learned, and Fantasy Documents" *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 2009, 17(3):146-156.
- Boin, Arjen, Allan McConnell, Paul 't Hart. "Governing After Crisis" in Boin, Arjen, Allan McConnell, Paul 't Hart (eds). *Governing After Crisis: The politics of investigation, accountability and learning*. Cambridge University Press, 2008: 3-30.
- Borraz, Olivier. « Lubrizol: pourquoi la «gestion de crise» à la française est dépassée », *The Conversation*, 3 octobre 2019.
- Lagadec, Patrick, Laroche, Hervé. « Retour sur les rapports d'enquête et d'expertise suite à la canicule de l'été 2003 », *Cahiers du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise*, Publication de la MSH-Alpes, 2005, 4: 17-200.
- Older, Malka. *Organizing after disaster: the (re) emergence of organization within government after Katrina (2005) and the Touhoku Tsunami (2011)*. 2019. Thèse de doctorat. Paris, Institut d'études politiques.
- Parker, Charles F., Sander Dekker. "September 11 and postcrisis investigation: exploring the role and impact of the 9/11 Commission" in Boin, Arjen, Allan McConnell, Paul 't Hart (eds.) *Governing After Crisis: The politics of investigation, accountability and learning*. Cambridge University Press, 2008: 255-282
- Santana, David. *Manager la culture de sûreté : construction, représentations et usages de la "culture de sûreté" dans l'industrie nucléaire*. 2017. Thèse de doctorat. Paris, Institut d'études politiques.
- Vidal-Naquet, Pierre A., *Inondations et culture du risque*. Rapport de recherche, CERPE-Ministère de l'Équipement, Paris, 2001.