



EHESP



**Master Pilotage des Politiques et
Actions en Santé Publique (PPASP)**

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **juin 2010**

**La gestion des alertes et des urgences
sanitaires : un dispositif perfectible à
territorialiser au niveau communal.**

***Appropriation du dispositif par la Ville de Villeurbanne
(Rhône- France)***

Rozenn CALVAR

**Maître de stage : Mathieu Fortin, coordonateur santé, Direction
de la santé publique, Ville de Villeurbanne**

**Tuteur de mémoire : Bertrand Parent, professeur en
communication et gestion de crise, EHESP**

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mon maître de stage Mathieu Fortin pour son soutien et sa confiance au cours de ce stage et pour sa précieuse aide lors de la rédaction de ce mémoire.

Merci à la directrice du service, Frédérique Guerrier Sagnes, pour m'avoir permis de découvrir le monde des collectivités territoriales.

Je remercie également toute l'équipe de l'espace santé environnement pour leur accueil et leur bonne humeur quotidienne : Maria Bruni, Hélène Serot, Corinne Bernard, Saïda Salhi, Pierre Gaulon, et toute l'équipe des " techniciens ".

Merci à tous pour cette aventure professionnelle mais aussi humaine, qui restera un vrai bon souvenir.

Merci à toutes les personnes qui ont bien voulu me recevoir et qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire : à la Mairie de Villeurbanne, Mme Braun Le Heno et Mme Poulet ; mais aussi à l'ARS Rhône Alpes, Mme Durand et Mr Morel ; ainsi qu'à la préfecture, Mr Gindroz.

Merci pour leur gentillesse et leur disponibilité.

Merci à Mr Bertrand Parent qui m'a aidé à appréhender un sujet que je ne connaissais pas.

Merci à toute la promo PPASPIenne 2009-2010 pour ces quelques mois passés ensemble (et qui sont, d'ailleurs, passés trop vite) !

Merci à mes parents pour m'avoir soutenu dans cette ultime année d'étude, c'est promis, maintenant j'arrête !

Merci à tous ceux que je n'ai cité mais que je n'oublis pas !

Rozenn CALVAR

Sommaire

Introduction	1
<i>I. Organisation de la défense sanitaire en France</i>	<i>3</i>
a. Définitions.....	3
b. Organisation aux différentes échelles du territoire	4
<i>II. Les communes : des acteurs de proximité privilégiés.....</i>	<i>12</i>
a. La compétence municipale et ses moyens.....	12
b. La culture du risque dans les collectivités locales	13
c. La perception du risque	14
i. Une vision différente selon les modalités culturelles	14
ii. Le risque « inondation ».....	15
iii. Exemple de la culture particulière autour d'un fleuve côtier : l'Elorn.....	17
<i>III. Villeurbanne, une ville engagée pour la santé.....</i>	<i>20</i>
a. Un territoire urbain au cœur de l'agglomération lyonnaise	20
b. La santé : un enjeu local fort.....	21
c. Un projet de Plan Local de Santé Publique pour anticiper la contractualisation avec l'Etat.....	23
<i>IV. L'efficience du dispositif local et son inscription dans un système holistique.....</i>	<i>25</i>
a. Un préalable : la territorialisation.....	25
b. Les mécanismes d'appropriation par les acteurs locaux	26
<i>V. Le Plan Local d'Alertes et de Gestion des Urgences Sanitaires de Villeurbanne .</i>	<i>28</i>
a. Une démarche aux contours bien dessinés : méthodologie	28
b. Un état des lieux comme point de départ : résultats.....	29
i. Le Plan Communal de Sauvegarde (PCS).....	29
ii. Les procédures " maladies infectieuses "	32
iii. Les procédures relatives à la santé environnementale.....	33
iv. Le Plan Canicule.....	39
v. Le Plan Grand Froid.....	41
c. La définition d'une stratégie : propositions	43
d. Illustration : les inondations dans le PLAGUS de Villeurbanne.....	44
<i>VI. Des interrogations dans un contexte instable.....</i>	<i>46</i>
a. Quel contenu pour un Plagus ?.....	46
b. Quelle gouvernance et quel pilotage ?.....	48
c. Quelle place pour le Plagus dans la contractualisation ?	50
i. Le passage d'un plan à un contrat : exemple de la STSPD.....	50

ii. La contractualisation du Plagus permettrait l'amélioration de la performance du dispositif régional.....	51
d. Quelle légitimité pour les Villes ?.....	51
Conclusion.....	53
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	59

Table des illustrations

Figure 1 : <i>Organisation de la défense sanitaire zonale</i>	7
Figure 2 : <i>Carte des territoires du Grand Lyon (conférences des maires)</i>	20
Figure 3 : <i>Organisation de la gestion de crise</i>	30
Figure 4 : <i>Widget d'alertes polliniques, RNSA</i>	38
Figure 5 : <i>La maîtrise des risques à Villeurbanne</i>	47
Graphique 1 : <i>Population par grande tranche d'âge</i>	21

Liste des sigles utilisés

Afssaps : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Atelier Santé Ville
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
Cire : Cellule Inter-régionale d'épidémiologie
CLS : Contrats Locaux de Sécurité
CLSP : Contrat Local de Santé Publique
CLSPD : Conseil Local de Sécurité et Prévention de la Délinquance
Cogic : Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises
Corruss : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
CRVGS : Cellule Régionale de Veille et de Gestion Sanitaire
Cucs : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
Dicrim : Document d'Information Communal sur les Risques Majeurs
DPMS : Direction Prévention, Médiation, Sécurité
DSP : Direction de la Santé Publique
DTD : Délégation Territoriale Départementale (de l'ARS)
Ehpad : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
Epci : Etablissement Public de Coopération Inter-communal
Far : Fiche Action Réflexe
Fraes : Fédération Rhône-Alpine d'Education à la Santé
GRSP : Groupement Régionaux de Santé Publique
ICPE : Installations Classées pour la Protection de l'Environnement
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IRMa : Institut du Risque Majeur
MDO : Maladie à Déclaration Obligatoire
OMS : Organisation Mondiale de Santé
Orsec : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
Ovpar : Office Villeurbannais pour les Personnes Agées et les Retraités
PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeunes
PCS : Plan Communal de Sauvegarde
Plagus : Plan Local de l'Alerte et de Gestion des Urgences Sanitaires
PLSP : Plan Local de Santé Publique
PLU : Plan Local d'Urbanisme
PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPI : Plan Particulier d'Intervention
PPR : Plan de Prévention du Risque
PPRi : Plan de Prévention du Risque inondation
Pragus : Plan Régional de l'Alerte et de Gestion des Urgences SANitaires
PRS : Projet Régional de Santé
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
PSS : Plan de Secours Spécialisés
RNSA : Réseau Nationale de Surveillance en Aérobiologie
RSI : Règlement Sanitaire International
SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé
Sdis : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMSS : Service Municipal de Santé Scolaire
STSPD : Stratégie Territoriale de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
Tiac : Toxi- Infection Alimentaire Collective
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Introduction

Dans notre société où tout va toujours plus vite, les progrès des nouvelles technologies nous permettent de prévoir des phénomènes aussi extraordinaires que les éclipses de planète. Connaître les horaires exacts des marées ou la météo du lendemain sont des choses qui nous paraissent normales.

Alors que les scientifiques seraient capables de prédire la couleur des yeux d'un bébé grâce à son patrimoine génétique, il y a des événements que l'Homme ne maîtrise pas. Les phénomènes naturels restent incontrôlables, et notre société technicienne n'admet pas que de tels événements ne soient pas domestiqués. Plus encore, que ces phénomènes fassent des victimes.

Parmi ces phénomènes, le cas des inondations paraît particulièrement insupportable. Même si chacun a en tête des images d'inondation, il paraît inconcevable qu'il y ait encore des victimes, particulièrement dans nos pays développés.

Depuis une vingtaine d'année, l'univers de la santé publique a beaucoup évolué, et lors de ces événements médiatisés, les pouvoirs publics sont montrés du doigt. La crise sanitaire est devenue un objet politique.

On connaît de mieux en mieux les origines des événements sanitaires, on en identifie les sources, on en décrypte les processus. Sur un plan juridique, les dommages ouvrent droit à l'indemnisation : tout cela marque l'émergence d'une véritable "société du risque" (titre de l'ouvrage d'Ulrich Beck, 2001). (33)

L'acteur de proximité, à savoir la Commune, prend une place de plus en plus importante dans cette " société ". Avec elle, la territorialisation et l'appropriation des politiques de gestion du risque deviennent indispensables.

La ville de Villeurbanne a bien compris cette nécessité. Collectivité ayant un important service de santé publique et une longue histoire en la matière, j'y ai effectué mon stage sur la réalisation du Plan local de santé publique. Soucieuse d'être avant-gardiste, la Ville a décidé de développer un volet de ce plan spécifiquement dédié à l'alerte et la gestion des risques. Le présent mémoire a pour objet ce volet, sa conception appuyée sur un diagnostic, sa rédaction, sa mise en place, et son animation.

Mais, la territorialisation n'est pas seulement la déclinaison des politiques à l'échelon communal. C'est aussi la prise en compte des déterminants locaux de manière à définir l'espace pertinent d'action publique.

En géographie, le territoire est défini comme un espace qualifié par une appartenance juridique, ou par une spécificité naturelle ou linguistique. Plus globalement, le territoire est une construction sociopolitique sur un espace donné. Quelle que soit sa nature, un territoire implique l'existence de frontières ou de limites. En revanche, ce qui diffère d'un territoire à l'autre est la position de ces frontières. Selon les problématiques, la culture et les spécificités locales, ces espaces sont différents. La Ville de Villeurbanne, comme d'autres collectivités, a refusé de s'enfermer dans une vision réductrice de l'unicité du territoire. Ceci permet une action effectivement pertinente mais engendre aussi la superposition des échelons de territoire.

Ce "mille feuilles" territorial s'accompagne d'une multiplication des acteurs et des actions. L'implication très inégale des acteurs donne lieu à des initiatives multiples mises en place au gré de l'imagination et du dynamisme des décideurs politiques, des associations ... Ces actions, sans structuration véritable, renvoient à une impression de balkanisation des dispositifs. (2)

Ce constat nous renvoie à la question qui marquera le début de mon rapport :

Face à la multiplication des dispositifs et des acteurs aux différents échelons du territoire français, comment les acteurs locaux des villes s'intègrent dans le système de défense ?

I. Organisation de la défense sanitaire en France

a. Définitions

La notion de défense est universelle. De tout temps, les hommes ou tout être vivant se défendent contre des attaques. Et pourtant, il a fallu attendre la constitution de 1958 pour qu'apparaisse le concept d'organisation de défense nationale. Concept très vaste, il regroupe la défense militaire et non militaire. Les composantes de la défense non militaire sont la défense économique et la défense civile. C'est ici que l'on retrouve le champ de la santé : quand la défense civile est, notamment, à caractère sanitaire.

Si pendant longtemps, les « accidents individuels de santé » ont été placés sous le sceau de la fatalité et de la malédiction divine, aujourd'hui, en santé plus que dans d'autres domaines, on veut prévoir, savoir, anticiper. L'émergence de la « société du risque » va de paire avec le passage dans le langage courant de termes tels que « gestions de crise », « urgences sanitaires », « prévention du risque » ...

Tout d'abord, deux notions de base sont à distinguer : le **danger** et le **risque**. Alors que le danger est un concept descriptif, le risque le caractérise par une probabilité. Le danger fait référence à un phénomène susceptible de provoquer des effets non souhaités sur l'individu, la population, l'écosystème et les installations. La notion de risque est définie par la probabilité d'occurrence (a priori) ou la fréquence (a posteriori) de survenue de ce danger.

Le **risque majeur** peut être défini par « la survenue inopinée, soudaine et parfois imprévisible, d'une agression d'origine naturelle ou technologique et dont les conséquences pour la population sont dans tous les cas tragiques en raison du déséquilibre brutal entre les besoins et moyens de secours disponibles » [Haroun Tazieff, ingénieur agronome, géologue, et volcanologue]. A ne pas confondre avec l'**aléa**, ensemble de phénomènes ou d'évènements d'origine naturelle qui ont une origine commune et appartiennent à une même discipline scientifique. Si on parle du risque « inondation », on distinguera l'aléa « crue » de l'aléa « précipitations ».

Les évènements indésirables (**danger**) et leur probabilité de réalisation (**risque**) mettent en péril la sécurité. De manière générale, ils peuvent porter atteinte à la **sécurité** civile, c'est-à-dire au fonctionnement de l'État et avoir pour conséquence la perte des repères et règles habituelles. De manière plus spécifique dans le champ de la santé, c'est la sécurité sanitaire qui est en jeu. La notion de sécurité sanitaire est apparue suite à l'affaire du sang contaminé en 1993, mais a beaucoup évolué depuis. Aujourd'hui la notion est élargie à « la protection contre l'ensemble des risques sanitaires auxquels l'homme est confronté mais également en matière d'alimentation ou d'environnement ». (34)

C'est ainsi que les **risques sanitaires** représentent la fréquence de survenue d'un danger concernant la santé humaine. Ils peuvent être de nature variée, liés aux expositions à des pollutions environnementales, à des facteurs climatiques (vagues de froid, canicule), ou résulter d'un acte délibéré dans le cadre de la menace bioterroriste. Les risques sanitaires ont beaucoup changé ces dernières décennies du fait de l'émergence de nouvelles pathologies, de l'augmentation des échanges et de la circulation des personnes, de l'utilisation de nouvelles technologies ... jusqu'à provoquer ce que l'on appelle désormais des « crises sanitaires ».

La **crise** peut être caractérisée par montée en puissance d'un phénomène connu, le dérapage d'une situation relativement connue, ou une mutation imprévisible voire impensable. Il s'agit d'une situation d'accélération des évènements qui déborde les capacités d'une organisation. Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement à la santé, on peut distinguer deux types de crises : les crises sanitaires réelles (c'est-à-dire celles qui ont un impact sur l'état de santé), et les crises d'inquiétude sanitaire d'une population.

Alors que le deuxième type va être traité par de la communication et de la réassurance de la population, les crises sanitaires réelles déclenche des situations d'**urgence sanitaire**. Cet état ne s'applique qu'à des situations exceptionnelles, résultant :

- d'un événement exceptionnel d'origine naturelle (ouragans, tempêtes,...), accidentelle (accidents industriels, de transport, accidents domestiques) ou intentionnelle (attentats),
- ou d'un événement non exceptionnel : un risque sanitaire chronique qui peut dégénérer en crise lorsque l'événement a été mal géré au départ.

Dans les systèmes avec une importante composante de surveillance épidémiologique, les situations d'urgence sanitaire vont déclencher une **alerte sanitaire**.

L'objectif d'un système d'alerte est de permettre une réponse rapide sous forme de mesures de protection de la santé de la population. L'alerte sanitaire peut émaner de deux types de sources :

- soit, d'indicateurs sanitaires collectés en routine et reflétant l'état de santé d'un individu ou d'une population, ou une exposition environnementale à un agent dangereux,
- soit, d'un événement de toute nature et origine associé à une menace pour la santé publique : présentation clinique anormale d'un patient admis dans un hôpital, plainte de riverain d'un site pollué, excès de pathologies suspecté dans une collectivité ou entrefilet dans un journal local.

Deux démarches permettent le déclenchement des alertes à partir de « signaux vérifiés » :

- la surveillance des « indicateurs »,
- la surveillance des « événements ».

Dès que l'alerte est caractérisée, le système passe de l'étape de « surveillance » à celle de la « réponse » dont les éléments doivent être mis en oeuvre le plus rapidement possible.

Sources : (7); (23); (33)

b. Organisation aux différentes échelles du territoire

Au niveau supra nationale, et européen :

La santé est considérée comme un bien collectif qui est mis en danger par de nouveaux risques à l'échelle mondiale.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) est le point focal des politiques de santé au niveau international. Les Etats membres de cette Organisation ont d'ailleurs signé le règlement sanitaire international (RSI), les engageant pour la déclaration obligatoire de « tout événement de santé publique pouvant avoir un impact international ».

Au niveau communautaire, c'est sous l'effet d'une crise majeure que l'Union Européenne est entrée de plain-pied dans le champ de la santé publique en 1996 avec la crise de la vache folle. Suite à cet événement de portée internationale, le traité d'Amsterdam et la décision 2119/EC/1998 du Parlement et du Conseil européen, oblige tous les pays signataires à informer immédiatement l'ensemble des Etats membres de l'Union européenne de la survenue de certaines maladies infectieuses représentant une menace pour la santé publique, ainsi que des mesures prises pour les maîtriser.

Plus globalement, ce traité précise que l'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies. Cette action comprend la lutte contre les grands fléaux ainsi que l'information et

l'éducation en matière de santé. Aujourd'hui, les programmes des autorités européennes permettent de déployer une réelle politique de santé publique.

En 2005, la mise en place d'un centre européen de prévention et de contrôle des maladies (European Center for Disease Prevention and Control, ECDC) basé à Stockholm, a pour objectif de renforcer la capacité européenne en matière d'alerte et de réponse aux épidémies.

Encore plus récemment, la décision du 10 juillet 2009 revoit le système d'alerte précoce et de réaction pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles (Early Warning and Response System, EWRS).

Enfin, quelques structures sont productrices d'expertise scientifique : l'Agence européenne des médicaments, l'Agence européenne de sécurité des aliments, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, l'Agence européenne pour l'environnement.

Au niveau national :

Pour la gestion de la sécurité sanitaire nationale, deux ministères collaborent de manière constante : le ministère chargé de la santé, et celui de l'Intérieur.

Porte d'entrée unique au niveau national, le Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (Corruss) est rattaché au Ministère chargé de la Santé. Il est le guichet unique des alertes sanitaires et la clé de voute entre les échelons territoriaux mais aussi entre les différentes institutions. Il est en lien les agences d'expertise, comme l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), et avec les autres ministères, notamment via le Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (Cogic).

Mis à la disposition du ministre de l'Intérieur et placé sous l'autorité du directeur de la défense et de la sécurité civiles, le Cogic constitue, au quotidien ou en cas de dysfonctionnement grave, un outil unique pour réagir, suivre l'évènement, coordonner l'ensemble des moyens de secours, humains et matériels, locaux ou nationaux, publics ou privés.

Le Cogic et le Corruss sont également en lien avec l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Établissement public, placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'Institut de veille sanitaire réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique. Créé en 1998, l'InVS a vu ses missions complétées et renforcées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, afin de répondre aux nouveaux défis révélés par les crises sanitaires récentes et les risques émergents.

La même année, la loi de modernisation de la sécurité civile, promulguée le 13 août 2004 et publiée au Journal officiel le 17 août, a réformé de manière profonde et technique le système de gestion des alertes et des urgences. Ce texte fixe pour objectif de mobiliser l'ensemble des compétences impliquées dans la prévention et l'organisation des secours concernant les risques technologiques, naturels ou de nature terroriste.

La loi est structurée autour d'idées phares, comme :

- la sécurité civile doit être l'affaire de tous,
- encourager les solidarités,

mais surtout, donne plus d'importance à l'échelon local :

- mieux se préparer aux risques (création d'un Conseil national de sécurité civile, simplification des plans d'urgence et de secours, **création de plans communaux de sauvegarde**, renforcement des obligations des services publics et opérateurs de réseaux pour garantir la continuité du service et l'information des populations, ...),

- stabiliser l'institution des services d'incendie et de secours dans le cadre du département (création d'une conférence nationale des services d'incendie et de secours composée de représentants de l'État, **des élus locaux responsables des Services départementaux d'incendie et de secours (Sdis)** et des sapeurs-pompiers, confirmation du statut d'établissement public local des Sdis.

La loi de modernisation de la sécurité civile a aussi défini la troisième génération de plan Orsec pour « Organisation de la Réponse de Sécurité Civile ». Il devient alors l'élément fondateur du dispositif global d'organisation inter-services. Le recours à cet instrument progressif développe une pratique modernisée de la gestion des situations d'urgence permettant aux autorités publiques d'adapter de façon souple la réponse collective aux attentes de la population. Enfin, le recours « banalisé » à cet instrument permettra de développer la culture de sécurité civile de l'ensemble des acteurs.

Bien que ce nouveau plan Orsec s'appuie sur trois niveaux territoriaux : les Départements (niveau opérationnel), les zones de défense et les zones maritimes, la préfecture de département est la tête de réseau de ce dispositif.

Le plan Orsec remplace toutes les appellations du type « plan de secours », « plans d'urgence », ...

Au niveau de la zone de défense :

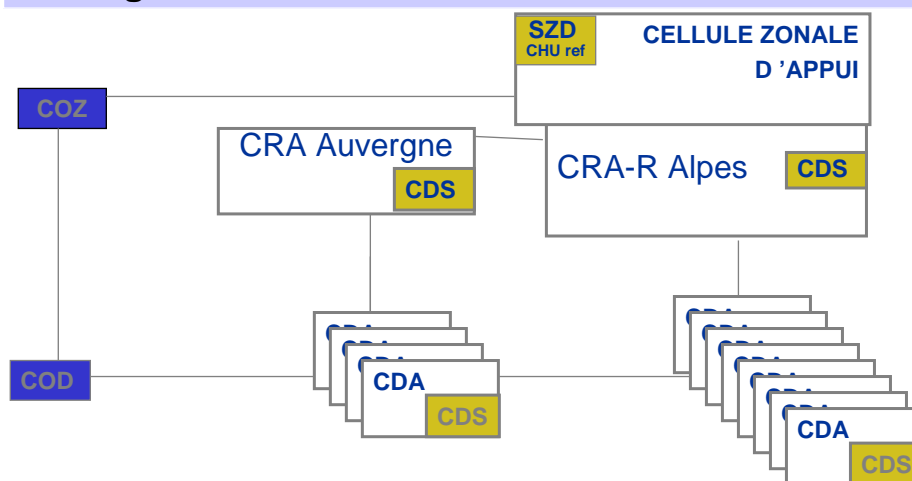
L'organisation zonale de défense civile s'inscrit dans le cadre fixé par l'article 21 de l'ordonnance n°59-147 du 7 janvier 1959 « portant sur l'organisation générale de la défense ».

La zone de défense est une circonscription territoriale supra-régionale destinée à faciliter la gestion, par les autorités déconcentrées de l'Etat, d'un événement calamiteux ou d'une situation de crise dont l'importance implique la mise en œuvre de moyens dépassant le niveau départemental. La zone de défense Sud-Est est composée des régions Rhône-Alpes et Auvergne. Son siège est à Lyon et le préfet de région Rhône-Alpes est également le préfet de zone.

La mise en place des Agences régionales de santé (ARS) a permis de clarifier la coopération entre Préfecture et ARS, qui accueille le service zonal de sécurité sanitaire. En effet, les textes parus en mars 2010 indiquent que le Directeur générale de l'ARS (DGARS) doit "assister" le préfet de zone, il est son collaborateur direct, l'expert référent en santé, et un protocole d'accord est mis en place entre DGARS et Préfet de zone pour la mise à disposition des moyens humains (astreinte 24h/24 à l'ARS), et l'échange réciproque d'information.

L'organisation de la défense sanitaire de zone peut être schématisée comme suit :

Organisation de la défense sanitaire zonale



CRA/CDA= cellule régionale/départementale d'appui

CDS = cellule de défense et de sécurité

SZD = Service zonal de défense

DRASS Rhône-Alpes

Figure 1 : Organisation de la défense sanitaire zonale

Source : DRASS Rhône-Alpes, avril 2010

L'ARS assure les cellules d'appui, alors que la Préfecture organise les cellules opérationnelles.

Les cellules d'appui ne se placent pas dans la gestion quotidienne de la veille et l'alerte. Elles sont réellement faites pour venir en aide aux acteurs de terrain en cas de situations exceptionnelles ou dans la réflexion autour de ces situations. Ces cellules font appel aux acteurs extérieurs à l'institution ARS. Par exemple, elles peuvent faire appel à un représentant de centre communal d'action sociale (CCAS) en cas de canicule, ou travailler avec l'union régionale des médecins libéraux (URML) pour inclure les soins ambulatoires dans la réflexion.

Conjointement à la mise en place des ARS, et la volonté de faire de la région l'échelon de référence en santé, les cellules départementales d'appui ont vocation à disparaître. Dans les faits, on en est encore loin. Pendant la période de transition où les cellules régionales d'appui vont prendre leurs nouvelles responsabilités et devenir réellement opérationnelles, le maintien de cellules de crise dans les départements est nécessaire.

La cellule zonale d'appui est constituée de deux conseillers zonaux.

Le conseiller de défense et de sécurité travaille sur les aspects logistiques de la gestion de crise. Il est donc en lien avec les services administratifs, surtout les services préfectoraux.

Le conseiller sanitaire de zone, lui, travaille avec les acteurs de santé : les hôpitaux, les pharmaciens, les médecins libéraux, Il est davantage sur les aspects sanitaires, et va chercher, par exemple, à savoir comment on va évacuer les établissements de santé, les établissements avec les personnes vulnérables (maisons de retraite, ...) en cas de situation urgente.

La cellule zonale d'appui peut être sollicitée par un département, même si l'évènement ne dépasse pas le niveau départemental, les moyens à mettre en œuvre peuvent justifier l'intervention au niveau zonal.

Au niveau régional :

La loi relative à la santé publique du 9 août 2004 définit une nouvelle architecture de la politique de santé publique, en affirmant la « responsabilité de l'Etat » dans ce domaine et en confiant la mise en œuvre de cette politique à des Groupements régionaux de santé publique (GRSP). Dans ce contexte, les Préfets de région doivent arrêter des Plans régionaux de santé publique (PRSP) qui comportent un Plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (Pragus) afin de mieux répondre aux menaces sanitaires.

Le Pragus a pour objectif d'améliorer le signalement et le traitement des alertes sanitaires en précisant la place et le rôle des intervenants régionaux.

Les cellules inter-régionales d'épidémiologie (Cire) sont les antennes régionales de l'Institut de veille sanitaire, spécialisées en épidémiologie d'intervention et en évaluation quantitative des risques. Elles exercent leurs actions d'investigation et de surveillance prioritairement dans le domaine des maladies infectieuses et de santé environnementale, mais peuvent étendre leurs compétences à l'ensemble des missions couvertes par les différents départements scientifiques de l'InVS (maladies chroniques, santé travail...). Elles sont placées sous l'autorité scientifique de l'InVS et sous l'autorité administrative partagée du DGARS et du Directeur général de l'InVS.

L'élaboration du Pragus doit être comprise comme une réflexion régionale sur la meilleure façon d'atteindre des objectifs fixés par l'InVS. Si les régions ont toute latitude pour choisir, selon leurs moyens et leurs spécificités, il ne s'agit pas pour autant d'inventer une veille régionale, mais de mettre en application dans toutes les régions les recommandations de l'InVS pour disposer d'un système de surveillance national cohérent et efficace.

La Cire participera à l'animation de la réflexion sur l'organisation régionale en faisant valoir les spécifications demandées par l'InVS pour l'exercice de sa mission nationale de veille et d'alerte.

Le volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire du PRSP doit comporter deux parties différenciées, l'une relative à l'alerte, établie en prenant en compte les recommandations de l'InVS, et une seconde relative à la gestion des situations d'urgence (plans de secours, etc.) qui est de la responsabilité de l'État et à laquelle l'InVS peut contribuer.

La finalité du Plan est de pouvoir fournir dans la région des éléments de réponse adaptée à tout événement capable de susciter une alerte sanitaire. Ceci recouvre une réalité complexe tant les risques sont variés et les acteurs et les dispositifs nombreux ; les réponses peuvent être d'une grande technicité mais doivent également prendre en compte le contexte sociétal (représentations sociales des risques, acceptabilité des mesures, ...).

Le Plan régional de santé « Alerte et gestion des situations d'urgences sanitaires » s'appuie sur les organisations existantes et a pour vocation de favoriser les échanges entre différents acteurs et la diffusion d'informations. (17)

Avec la création des ARS au 1^{er} avril 2010, et le décret du 18 mai 2010, le PRSP est désormais caduque. On parle aujourd'hui de Projet régional de santé (PRS) qui fixe les objectifs pluri-annuels du Plan stratégique régional de santé. Ce plan est décliné en trois schémas régionaux portant sur : la prévention, l'organisation des soins, et l'organisation médico-sociale. Le schéma régional de prévention comporte, notamment, des actions concourant à la prévention des risques et des activités de veille et d'alerte, et devient donc l'équivalent de l'ancien Pragus.

Les ARS doivent garantir une sécurité sanitaire exemplaire. Le renforcement des compétences techniques au niveau régional est un atout majeur dans ces domaines de plus en plus complexes.

Toutefois, l'ARS n'a que très peu de contacts directs avec l'échelon de proximité. Pour elle, le premier niveau d'intervention et de gestion de l'évènement est le territoire départemental. Pour preuve, tous les plans de secours sont actés par le Préfet de département qui collabore directement avec le DGARS. Le niveau supérieur est directement la zone. Il n'y a pas d'instance opérationnelle de gestion de crise au niveau régional.

En revanche, au sein des ARS se trouve une Direction déléguée à la veille et la gestion des alertes sanitaires (voir Organigramme en Annexe 1 ¹). Appelée à travailler de manière transversale avec l'ensemble des services, une culture de travail est donc à instaurer, la structuration en ARS doit faciliter cette collaboration. Avec elle, la culture du risque devrait se développer.

Comprenant le service zonal de défense sanitaire, la Direction déléguée à la veille et la gestion des alertes sanitaires contient également la plateforme de la cellule régionale de veille et de gestion sanitaire (CRVGS). Cette plateforme, si elle ne gère pas l'urgence, a pour mission de mettre en application les plans au "quotidien". Elle a un rôle de relais et de partage de l'information, mais aussi de coordination, d'animation et de suppléance aux forces départementales.

Bien que toutes ces missions ne soient pas encore effectives, la CRVGS a vocation à devenir la porte d'entrée unique pour toutes les alertes, qu'elles viennent de la périphérie ou du niveau national, elle sera le numéro unique. A l'heure actuelle, les signaux arrivant du « terrain » ou de la périphérie, c'est-à-dire des hôpitaux, des services communaux, ... passent encore par l'échelon départemental qui assure une première analyse. La CRVGS est, en revanche, en lien direct avec le Corruss pour les alertes venant d'un niveau supérieur, et c'est elle qui en informe les délégations territoriales départementales et assure la coordination de la réponse.

Cette cellule régionale voudrait également rassembler toutes les vigilances et piloter l'outil commun. Seule l'hémovigilance est actuellement suivie à l'ARS, les autres données concernant les autres vigilances sont directement transmises des acteurs (hôpitaux, pharmacies, ...) à l'Afssaps. Le projet est de construire un outil commun à toutes les vigilances pour croiser les données et obtenir le profil d'un établissement par exemple.

Enfin, la CRVGS devra permettre la coordination des plans et la mutualisation des réflexions et des moyens lors de leur conception. Les plans de secours sont réalisés au niveau départemental, donc jusqu'à présent chacun des 8 départements de Rhône-Alpes rédigeait ses plans « de son côté ». Or les plans ont un tronc commun, ils devraient même être construits tous de la même façon pour être en cohérence. Le but à terme est donc de mettre en place des groupes de travail pour réunir les acteurs des DTD chargés de la rédaction des plans. Mais les modalités ne sont pas encore bien définies, la question qui se pose est notamment l'organisation des groupes : par thématique, par type de plan ou de manière plus transversale ...

Dans le Rhône, la délégation territoriale départementale (DTD) de l'ARS reste, pour l'instant, très impliquée, mais la volonté politique est de donner une place plus importante à la région. Des protocoles départementaux sont donc rédigés par la délégation mais sous l'autorité du DGARS. De même, si le Préfet de département demande une mise à disposition de la délégation, c'est avec le DGARS qu'il doit négocier.

Au niveau départemental :

La délégation territoriale départementale de l'ARS est responsable de la mise en œuvre des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales définies par les pouvoirs publics.

¹ Sur l'organigramme de l'ARS Rhône-Alpes, on notera que le projet « Gestion du risque » qui apparaît transversal à tous les services ne concerne en rien les risques sanitaires, mais est essentiellement en charge du risque assurantiel.

Les plans de secours sont actés par la préfecture de département, et si besoin est, l'ARS (CRVGS et DTD) peut intervenir dans leur conception et leur mise en place.

Avant, les Préfets de département avaient autorité sur les DDASS et notamment concernant les plans. Aujourd'hui, le Préfet de département n'a plus autorité sur les DTD puisqu'elles dépendent directement du DGARS, et que le Préfet de département et le DGARS n'ont pas de relations hiérarchiques, mais simplement de collaboration. On le voit sur les organigrammes en Annexe 2, entre Préfecture et ARS, au niveau régional comme au niveau départemental, on est passé d'une « autorité organique et fonctionnelle restreinte à certaines missions » à une « liaison fonctionnelle : pas de lien d'autorité sauf en cas de crise sanitaire déclarée ».

La DTD de l'ARS vient en appui à la préfecture et au service interministériel de défense et de Protection civile (SIDPC) quant à la conception des plans concernant les risques sanitaires. Par exemple, par anticipation l'ARS réfléchissait depuis quelques mois au plan canicule 2010. Si bien que l'été approchant, le SIDPC n'a plus qu'à valider et le préfet à signer le plan pour qu'il soit opérationnel.

L'une des prérogatives majeures du SIDPC est la gestion du plan Orsec. Le plan Orsec, comme il l'a été évoqué précédemment, se base sur le département comme échelon opérationnel. Il possède un tronc commun contenant des dispositions générales de gestion de crise se composant (10) :

- d'un recensement et d'une analyse préalable des risques et des conséquences des menaces, constitué par le Dossier Départemental des Risques Majeurs (DDRM) et le volet " risques particuliers et sites à risques" du Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques (Sdacr) du Service Départemental d'Incendie et de Secours (Sdis),
- d'un dispositif opérationnel avec des dispositions générales et des dispositions spécifiques qui définit une organisation unique de gestion d'événement majeur. Le « nouvel » Orsec permet de faire face par son caractère de "boîte à outils opérationnels" à tout type de situation.

Il permet d'anticiper et de gérer les événements en apportant une réponse graduée selon les circonstances grâce à :

- un niveau permanent de veille,
- un niveau de suivi des événements traité par les acteurs dans le cadre de leur réponse courante,
- des niveaux successifs de mobilisation et de montée en puissance du dispositif pour appuyer et renforcer les acteurs sur le terrain. A tous ces niveaux correspondent, en particulier, des activations distinctes des éléments de la chaîne de commandement, tel le centre opérationnel départemental,
- des phases de préparation, d'exercice et d'entraînement nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle.

Le plan Orsec possède également des dispositions spécifiques propres à certains risques identifiés :

- ✓ Pour les installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) :
 - plans de secours spécialisés (PSS) :
Renommés dans la nouvelle planification par l'acronyme Orsec suivi de leur fonctionnalité, par exemple Orsec eau potable (reprend l'objectif spécifique du « PSS perturbation importante sur un réseau d'eau potable »), Orsec hébergement (reprend l'objectif spécifique du « PSS hébergement »),
 - plans particuliers d'intervention (PPI) autour d'un barrage, usine, centrale nucléaire :

L'acronyme PPI doit être lu comme un raccourci signifiant « dispositif de réaction face aux risques liés à l'existence d'un établissement ou site localisé et fixe »,

- ✓ Plans rouges, aujourd'hui appelés Orsec nombreuses victimes :
Ils sont destinés à traiter un nombre important de victimes dans un même lieu, et à organiser les moyens de secours par rapport à cette concentration des victimes.
- ✓ Pour les dispositions spécifiques relatives aux risques technologiques, naturels, et sanitaires l'acronyme Orsec seul sera utilisé suivi du nom du risque traité : Orsec inondation, Orsec cyclone, Orsec matières dangereuses, ...

Au niveau local :

Indépendamment des obligations des collectivités locales, et de la commune, qui seront traitées ultérieurement, tous les établissements de santé doivent, chacun, rédiger un plan d'urgence. Déclenchés par le Préfet de département, ils ne dépendent pas les uns des autres.

Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées doivent rédiger un Plan Bleu. Également indépendants des autres plans d'urgence, comme les plans rouges ou les plans blancs, les plans bleus sont déclenchés par le Préfet de département. Mentionnés à l'article D. 312-155-4-1 du code de l'action sociale et des familles, ils comportent notamment :

- la désignation d'un référent, directeur ou médecin coordonnateur, responsable en situation de crise,
- la mise en place d'une convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération,
- les recommandations de bonnes pratiques préventives en cas de canicule à destination des personnels,
- un protocole sur les modalités d'organisation de l'établissement en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Les établissements hospitaliers doivent quant à eux rédiger un plan blanc, destiné à pallier l'engorgement des services en cas d'afflux massif et à organiser leur accueil. Ces plans hospitaliers sont intégrés dans un schéma qui recouvre l'ensemble du secteur sanitaire : les Plans Blancs Elargis. Si l'afflux de patients ou de victimes où la situation sanitaire le justifie, le Plan Blanc Elargi permet de réquisitionner tous biens et services, notamment le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social. Il s'appuie sur le recensement de tous les moyens susceptibles d'être mobilisés en cas de crise sanitaire grave.

Des compétences particulières sont donc laissées aux communes, acteur singulier pour la défense sanitaire.

II. Les communes : des acteurs de proximité privilégiés

a. La compétence municipale et ses moyens

En tant que représentant de l'Etat sur son territoire, le Maire détient le pouvoir de police et a la responsabilité de maintenir la sécurité dans sa ville. Il est également le pivot pour la coordination des actions et des acteurs à l'échelon de proximité. Il est l'interlocuteur privilégié entre les pouvoirs publics et la population. Quand un citoyen a un problème il va s'adresser à son élu le plus proche. Les élus locaux sont donc un chaînon de proximité privilégié et indispensable.

Le fait de pouvoir considérer la santé publique à travers plusieurs champs d'intervention (action sociale, aménagement du territoire, environnement, ...) dénote son caractère transversal et appelle la question du lien avec la santé publique à devenir systématique dans toute discussion.

Si les Conseils régionaux et les Conseils généraux ont des compétences restreintes et bien délimitées en santé, celles des Communes (et des établissements publics de coopération intercommunal (EPCI)) pour la santé publique ne cesse de progresser. C'est d'ailleurs souvent au niveau de cet échelon territorial que la dimension politique de la santé publique s'affirme.

En 2003, le projet de loi dit « Bachelot » relatif aux risques majeurs met en évidence les carences législatives et confère aux élus locaux un rôle essentiel dans la prise en compte du risque.

Tout d'abord, en tant que représentant de l'Etat dans sa commune, le Maire est le principal acteur de la gestion des risques majeurs au niveau communal, et en particulier il est le directeur des opérations de secours jusqu'au déclenchement du ou des plans de secours par le Préfet. Selon les articles L.2212-2 et 4 du Code Général des Collectivités Territoriales, et l'article 16 de la loi de modernisation de la sécurité civile, le Maire est responsable des opérations de secours tant que le Préfet n'en prend pas la direction.

Même si le Préfet prend la direction des opérations lors d'une crise dépassant le territoire communal, le Maire garde la responsabilité de protéger ses concitoyens. De plus, le maire a le pouvoir de réquisition sur les moyens locaux, si l'urgence le justifie.

En termes d'alerte, l'obligation de la diffusion d'une alerte aux populations est posée notamment par les décrets relatifs aux plans d'urgence (6 mai 1988), le décret relatif au code d'alerte national (11 mai 1990), et celui relatif à la constitution et à l'organisation du corps de défense de sécurité civile (31 juillet 1990).

L'évolution de cette réglementation montre clairement que la problématique de l'alerte est passée, peu à peu, d'une logique de défense civile, de « défense passive », à une logique plus large embrassant également les questions touchant à la sécurité civile (risques naturels et technologiques).

Les Communes peuvent être mandatées par l'Etat via le biais d'une Dotation Globale de Fonctionnement, en particulier sur les champs de la veille et de la sécurité sanitaire. C'est ainsi que les communes, sous réserve de disposer d'un SCHS (Service Communal d'Hygiène et de Santé), peuvent assurer le contrôle technique et administratif des règles d'hygiène inscrites dans le Code de la Santé Publique.

Enfin, il leur appartient d'assurer la rédaction d'un certain nombre d'outils de planification, et d'information préventive (comme le document d'information communal sur les risques majeurs (Dicrim), voir partie V. b. 1. *Plan Communal de Sauvegarde*).

Les plans à la charge des Communes (ou des EPCI) sont :

- ✓ Le Plan communal de sauvegarde (PCS),
- ✓ Le Plan de continuité des services,

- ✓ le Plan local d'urbanisme (PLU) :

Selon l'article L.123-1 du Code de l'Urbanisme, la Commune doit prendre en compte les risques naturels dans les documents de planification, notamment le PLU,

- ✓ le Plan de prévention des risques (PPR) :

Il est l'outil privilégié pour réglementer l'utilisation des sols en tenant compte des risques naturels. Le Grand Lyon s'inscrit, avec Villeurbanne, un PPRI : Plan de Prévention du Risque Inondation. Rédigés par des services déconcentrés de l'Etat, l'application de ce type de plan dans les Communes est sous la responsabilité des Maires. (40)

L'appropriation de ces outils par les acteurs municipaux eux mêmes est tout à fait nécessaire. Développer un plan en « copiant/collant » celui d'une autre ville est une démarche inutile, l'intérêt de la proximité et l'adaptation qu'elle permet perdrait tout son sens. (2)

Le contexte réglementaire donne de plus en plus de responsabilités aux Communes. La question est maintenant de savoir comment elles réagissent face à cette implication grandissante.

b. La culture du risque dans les collectivités locales

La dimension à la fois collective et locale de l'action publique en matière de gestion des risques est longue à s'imposer, car les grandes politiques françaises furent conçues pour gommer les particularismes locaux et affirmer le poids de l'Etat dans la gestion des espaces locaux. Il s'agit donc là d'une volonté de rompre avec des siècles tendant à la centralisation, et faire revenir le territoire dans le renouvellement de l'action publique. Ce retour se matérialise depuis les années 1980, mais les habitudes tardent à s'adapter.

Avec des responsabilités toujours plus importantes mais sans moyens supplémentaires, et un manque de « culture du risque », les acteurs locaux doivent s'appuyer sur l'ensemble de leur réseau partenarial. L'instance de coordination est l'Etat et les Villes doivent donc travailler main dans la main avec le Préfet et ses services. Les performances de la maîtrise des risques dépendent de la communication, de la connaissance et de la conscience des responsabilités. La culture du risque ne sera bâtie que si l'Etat, les collectivités locales et la société civile agissent de concert.

Les collectivités locales ont, en particulier, un rôle essentiel à jouer pour tenir compte de la réalité géographique dans les politiques d'aménagement et d'équipement dont elles sont largement responsables. De plus, les collectivités locales ont un pouvoir d'incitation et d'information pour que la société civile, dans son ensemble, et les individus prennent en compte les risques.

Mais pour s'imposer, la culture du risque doit faire face à d'autres barrières sociétales et/ou individuelles. Le sentiment de consacrer des efforts démesurés pour lutter contre de faibles risques est encore largement répandu.

Dans les collectivités locales, on peut aussi être confronté à un déficit de management : la non implication des dirigeants dans les efforts de préparation est monnaie courante. Dans peu de cas, les exercices comptent la présence et la participation du Maire par exemple.

Le partage d'une même culture par les différents acteurs doit donc être amplifié. Si cette culture se structure dans l'action, elle trouve son fondement dans la formation. Les formations initiales des métiers s'ouvrent à ces enjeux, mais elles doivent être complétées par des formations pluri-professionnelles permettant d'atteindre cet objectif.

A Villeurbanne comme ailleurs les actions destinées à former et informer le plus grand nombre afin d'obtenir une culture partagée est importante. La réalisation du PCS a permis cette sensibilisation. De nombreux articles sont parus dans les différents outils de communication interne, la Commune a rejoint le réseau de l'Institut des risques majeurs (IRMa), institut grenoblois qui peut être un véritable support méthodologique, et a organisé un exercice de simulation de crise.

Mais c'est l'image du « service sécurité » entier qu'il faudrait changer. La sécurité a très mauvaise image, ce sont les « méchants », ceux qui empêchent toujours de faire des choses.

Pour améliorer cette image, la Direction Prévention Médiation Sécurité (DPMS) de Villeurbanne a construit un guide inter-service à destination de tous les agents expliquant le rôle de cette Direction, les démarches à suivre pour l'organisation des événements les plus courants. Le but est que les agents puissent anticiper les demandes et comprennent l'intérêt de la démarche « sécurité ». La DPMS travaille également sur des guides plus spécifiques synthétisant le rôle d'un exploitant d'un établissement recevant du public par exemple. La création d'un Observatoire de sécurité est actuellement envisagée à Villeurbanne. Son but sera, notamment, de faire partager des données à l'ensemble des services.

En interne, la culture du risque est donc progressivement mise en place. Dans l'idéal, elle devrait s'accompagner d'une sensibilisation du grand public. C'est le rôle du document d'information communal sur les risques majeurs (Dicrim). Cette plaquette informative est consultable par tous à la Mairie de Villeurbanne.

Les Dicrim sont souvent réalisés par obligation, et pourraient être améliorés pour devenir de véritables outils de communication. Une large diffusion, dans les boîtes aux lettres, ou dans l'ensemble des lieux d'accueil municipaux, d'un document joliment présenté permettrait d'attirer l'attention du public et d'avoir un impact non négligeable. Mais parler de risques n'est déjà pas une chose aisée entre professionnels, elle est encore plus compliquée et difficile avec la population. Les élus redoutent souvent de communiquer sur des mesures qu'ils jugent impopulaires, alors même que la demande d'information de la population augmente.

Cependant, ces actions menées par la DPMS permettent, dans un premier temps, d'instaurer le respect de l'identité professionnelle de chacun, ce qui marque le début d'un long processus.

L'impression de consacrer des efforts démesurés à la gestion des risques est accentuée par la spirale du quotidien dans laquelle se retrouve la plupart des services municipaux. Happés par la gestion du « toujours plus urgent », les acteurs ne prennent pas le temps de réfléchir à la prévention. De plus, sur certaines communes, le maillage associatif est très important et actif. La tentation de se reposer sur celui-ci pour ces questions est alors très forte.

c. La perception du risque

i. Une vision différente selon les modalités culturelles

La perception individuelle du risque est variable selon les sujets, de même que la réponse d'un individu à un même risque peut être très différente. De plus, la mondialisation a rendu la planète plus petite : internet, le progrès scientifique, ..., sont autant de facteurs qui contribuent à modifier l'acceptation des risques.

Le risque n'est pas seulement une donnée objective, c'est aussi une construction sociale. Dès lors, son acceptabilité n'est pas uniforme et ne se trouve pas toujours corrélée à l'intensité réelle du risque.

Par exemple, conduire une voiture est indispensable, habituel, sous contrôle personnel et n'est donc pas considéré comme représentant une entreprise risquée comparée à celle de voler en avion.

Deux dimensions sont au cœur de la perception du risque : la **technique**, qui produit le risque calculé, et le **ressenti** qui va déterminer l'acceptabilité du risque perçu. Le ressenti varie selon l'individu, mais plus collectivement selon le contexte dans lequel il s'inscrit. Une crise « courante » définie comme un accident ou un incident, bien que grave, ne remet pas en cause le fonctionnement normal des services ni l'activité générale. La neige est un phénomène courant en montagne, ce n'est pas le cas en plaine. Les averses tropicales sont courantes aux Antilles, pas en métropole, ...

L'opinion publique n'est pas sensible au risque en lui-même, mais est très sensible à la perception qu'il en a. L'acceptation sociale du risque et de ses conséquences est un élément essentiel de la crise et renvoie à la dimension psychologique du phénomène. Le contre exemple étant celui des accidents de la route qui fait accepter chaque année des milliers de morts dans une quasi résignation collective.

L'exemple des professionnels exposés à des dangers importants est aussi parlant. Ces professionnels ont recours à des mécanismes de défense de l'ordre du déni, de la banalisation ou de la minimisation du risque. Ces mécanismes correspondent à des stratégies collectives destinées à protéger contre la souffrance psychique.

S'ajoute à cela, une difficile évaluation des menaces due à la complexité des systèmes. Une menace mal connue peut générer un risque estimé acceptable tant qu'aucune cible n'a été touchée. Le même risque devient inacceptable dès l'instant où l'évènement s'est produit.

Les attitudes sociales, les filtres culturels, les croyances et les valeurs prégnantes jouent donc un rôle important dans la perception des menaces et de la façon dont les personnes réagissent. (24)

ii. Le risque « inondation »

L'inondation correspond à un phénomène de submersion temporaire, naturelle ou artificielle, d'un espace terrestre. La submersion est plus ou moins rapide, avec des hauteurs d'eau et des vitesses de courant variables et supérieures à la normale.

Il existe trois types de crues :

- Les **crues rapides** qui se caractérisent par une montée brutale des eaux, un fort rapport entre le débit de pointe et le débit d'étiage, un bassin d'apport de taille modeste. Ces crues sont potentiellement les plus dangereuses parce que ce sont les plus brutales et les plus intenses.
- Les **crues à cinétique lente** sont généralement dues à des pluies successives de longue durée, d'origine océanique et d'intensité modeste. La montée de la crue et la décrue sont lentes. Elles sont prévisibles plusieurs jours à l'avance.
- Le **ruissellement urbain** peut s'apparenter aux crues rapides, avec la différence notable qu'il n'existe pas, en général, de véritable rivière pérenne pour assurer l'écoulement des eaux, tandis que l'assainissement pluvial se révèle insuffisant pour faire face à des phénomènes de forte intensité. Les dommages surviennent lorsque l'urbanisation n'a pas respecté le cheminement traditionnel de l'eau.

Les crues rapides peuvent être amplifiées par la rupture d'un certain nombre de digues de protection. Par exemple, les crues de l'Ouvèze à Vaison la Romaine, en 1992, ont été particulièrement meurtrières : 46 victimes et 500 millions d'euros de dommages.

De nombreuses crues lentes se sont aussi produites ces dernières années, dont beaucoup ont été recensées en Bretagne.

Quant aux phénomènes de ruissellement, ce sont souvent eux qui sont à l'origine de la majorité des déclarations de catastrophes naturelles prises au titre du risque inondation. Les assainissements pluviaux ne sont pas conçus pour évacuer les débits plus rares que les débits décennaux², et l'on ne se pose jamais la question de savoir quel sera le cheminement de l'eau dans ces conditions.

Mais le risque inondation a été choisi ici, d'une part parce qu'il permet de réfléchir à la frontière entre la sécurité civile et la sécurité sanitaire et d'autre part parce que c'est un risque qui parle à tous.

Le risque inondation, c'est :

- ***Un risque sanitaire***

Le risque inondation est avant tout un risque naturel, mais les conséquences qu'il peut avoir sur la santé en fait également un risque sanitaire.

- ***Un risque partagé***

Tous les pays peuvent être touchés, et beaucoup de régions en France sont concernées. La région Rhône-Alpes est une des régions les plus exposées aux risques naturels : près de 90 % des communes sont concernées par un ou plusieurs risques.

Le risque inondation concerne 65% des communes, et comme pour beaucoup de communes en France, c'est l'un des risques majeurs sur Villeurbanne.

- ***Un risque prévisible***

Si le Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer s'appuie sur les agences de l'eau pour la gestion de l'eau, celles-ci n'ont jamais pris part à dans la gestion des inondations, se contentant de suivre la qualité de l'eau. L'élaboration des atlas de zones inondables est donc faite sous la responsabilité directe du ministère, et les services d'annonce des crues restent, pour l'essentiel, assurés par les services déconcentrés de l'Etat.

Hormis le système d'annonce des crues, d'autres dispositifs ont vocation à prévenir les inondations, comme les procédures d'alerte météorologiques ou encore les Plans de prévention du risque inondation (PPRI).

Institués par la loi du 2 février 1995, les PPRI sont un élément central du dispositif de la politique de prévention des inondations. Ils ont pour objet de délimiter les zones de danger et les zones de précaution pour lesquelles différents types de règles sont applicables. Les règles peuvent concerner les projets nouveaux mais aussi l'existant, dans ce cas, le montant des travaux prescrits ne doit pas dépasser 10% de la valeur du bien.

Les technologies de météorologie, toujours plus pointues, permettent donc de rendre les inondations prévisibles. Mais, le risque inondation est, en réalité, très peu prévenu. Les PPRI sont davantage des plans de protection que des plans de prévention, car ils n'empêchent en rien la survenue de l'évènement, mais contribue à limiter les conséquences qui y sont liées. Tout comme les digues ou les barrières, ces mesures qui protègent la population peuvent être qualifiées de prévention secondaire.

La prévention primaire est assurée les syndicats de bassin qui modélisent les cours d'eau, la modification de leur débit en cas de précipitations, ..., et proposent la construction de bassin tampon par exemple, pour éviter que le cours d'eau ne sortent de son lit.

Si les mesures de protection, en particulier les digues, se justifient économiquement par endroits, les ouvrages doivent être entretenus avec soins.

² Des débits décennaux provoquent des crues dont la probabilité d'occurrence est de 10% par an, les crues centennales ont une probabilité d'occurrence de 1% par an

- ***Un risque actuel***

Le développement urbain à proximité des cours d'eau implique des enjeux à la fois humains, économiques et environnementaux. Le cas récent des inondations en Vendée provoquées par la tempête Xynthia le 28 février dernier, démontrent combien ces enjeux sont réels.

Le bilan de cette catastrophe naturelle est lourd : 53 morts et de 7 blessés graves, dont 29 corps ont été découverts sur une seule commune la Faute-sur-Mer.

Dans un pays développé comme le nôtre, il paraît inacceptable qu'un risque prévisible fasse autant de dégâts. Le risque « inondation » ne doit donc pas être sous estimé.

- ***Un risque connu***

Les crues qui engendrent les inondations font partie des risques les plus répandus sur le territoire métropolitain. Les images de rivière dont le débit augmente jusqu'à atteindre des valeurs insoupçonnées, les conséquences pour les cultures, les habitations et les entreprises inondées sont familières à chacun d'entre nous.

Les français connaissent assez bien leur exposition aux inondations là où ils résident. C'est avant tout la part de la population exposée, le nombre d'inondations subies au niveau de la commune de résidence, mais aussi les mesures de protection mises en œuvre qui forment le sentiment d'exposition de la population.

Dans le cas où des digues sont construites, cela donne alors l'impression à la population d'être protégée. Elle oublie qu'elle se trouve bel et bien en zone inondable, et est donc beaucoup moins sensible aux mesures de prévention. Les inondations provoquées par la tempête Xynthia sont dues, notamment, à la rupture des digues. Mais personne jusque là ne s'inquiétait de leur état. Le fait qu'elles n'aient jamais été restaurées depuis leur construction n'était pourtant pas un secret ... Cet exemple nous révèle bien que de telles mesures de protection ne jouent pas toujours en faveur de la culture du risque.

- ***Un risque impliquant les municipalités***

La responsabilité des villes est directement impliquée dans la gestion du risque « inondation » ne serait ce que pour les PPRI, puisque ceux-ci définissent des mesures à prendre par les particuliers mais surtout par les collectivités. Les PPRI permettent ainsi de fixer des règles liées à la construction, à la gestion des espaces, ... et donc d'influer sur les politiques d'urbanisme des Villes.

Sources : (5) ; (30)

iii. Exemple de la culture particulière autour d'un fleuve côtier :

l'Elorn

En Bretagne plus qu'ailleurs, les risques maritimes font partie des préoccupations importantes des citoyens. Les inondations constituent le premier risque majeur sur le territoire breton. Plus d'une commune sur cinq sont concernées.

Mais l'appréhension des inondations est très différente d'autres régions, et différentes raisons peuvent l'expliquer :

- dans une région maritime où la mer fait partie intégrante de la culture,
- l'Elorn déborde très fréquemment (3-4 fois par an), il y a donc un sentiment d'habitude,
- à la différence du caractère souvent mortel des inondations du sud de la France (ex. de Vaison-la-Romaine), la lenteur des montées des eaux en Bretagne permet une diminution du risque humain.

Pour mieux comprendre cette différence, je me suis rapprochée des acteurs de terrain d'une part au sein de la mission de prévention des risques, de la communauté urbaine Brest Métropole Océane ; et d'autre part, du syndicat de bassin de l'Elorn.

Les syndicats de bassin ont pour mission la gestion du bassin versant, notamment pour la prévention des inondations.

Le syndicat de bassin de l'Elorn se place réellement dans une optique de prévention primaire. Grâce aux études de modélisation hydrologiques et hydrauliques, il peut proposer des mesures visant à réduire les risques en amont. La construction de bassins tampon est un exemple courant des mesures de prévention.

Concernant l'Elorn, les modèles sont complexes car il faut y intégrer les facteurs fluviaux mais aussi maritimes. Pour avoir un effet de tamponnage, il faudrait construire de nombreux bassins sur les 15 affluents du fleuve. Des solutions moins classiques sont donc à envisager.

Mais même quand le rapport coût / efficacité n'est pas très bon, des mesures pour rassurer la population peuvent être préférées à des mesures réellement efficaces. L'exemple de la construction des travaux effectués à Daoulas le montre. La construction d'un bassin tampon en amont du cours d'eau aurait été plus efficace, mais ces travaux sont visibles par la population alors que la construction d'un bassin en pleine campagne ne l'aurait pas été.

Les acteurs de la prévention du risque inondation se heurtent donc à des décisions politiques, et la culture du risque faisant défaut, ces décisions et les conseils des techniciens ne vont pas toujours dans le même sens.

La préfecture elle-même relève, dans le Projet d'Action Stratégique de l'Etat en Région 2004-2008, qu' "il n'y a pas en Bretagne de pôle institutionnel, scientifique et technique "risques naturels" et plus généralement peu de culture "risque inondation" dans les structures publiques".

Plus globalement, le Finistère est soumis à de nombreux risques (29) :

- la liste des marées noires est longue,
- le risque technologique est omniprésent en raison des nombreuses installations agroalimentaires,
- deux sites nucléaires principaux : la base sous-marine de l'Île Longue à Brest, ainsi que la centrale de Brennilis, en activité de 1967 à 1985 et aujourd'hui en cours de démantèlement
- ...

Les risques sont donc réels, mais la fatalité l'emporte sur la culture du risque. En Rhône-Alpes, le risque le plus craint est le risque industriel et la population, les dirigeants, ... semblent croire qu'il est plus facilement maîtrisable qu'un risque naturel.

A Brest, comme dans beaucoup de communes, chaque élu a pu s'approprier les politiques de gestion des risques au fil des événements marquant de leur mandat mais il n'y a pas de culture commune. La culture du risque doit être développée. Il est prévu de commencer par des formations à destination des élus : cela permettrait de fixer des bases communes.

Si les décideurs politiques sont à former et à sensibiliser, la population doit l'être aussi. Le syndicat de bassin de l'Elorn met en place des actions de communication concernant l'importance du maintien du maillage bocager pour la prévention des inondations. Abordés sous l'angle du développement durable (le maillage bocager permet d'éviter le ruissellement, donc limite l'infiltration des polluants ; il comporte également une plus value en terme de paysage, ...), les messages semblent être bien reçus auprès de la population. En Rhône-Alpes, ce genre de communication n'a pas lieu, mais le paysage est aussi complètement différent.

C'est en alliant des actions auprès des professionnels et des habitants que la culture du risque progressera, même si elles n'effaceront jamais les particularismes culturels (et tant mieux !).

III. Villeurbanne, une ville engagée pour la santé

a. Un territoire urbain au cœur de l'agglomération lyonnaise

Avec ces quelques 139 000 habitants³, Villeurbanne est la deuxième ville du département du Rhône et la première ville de banlieue de France.

La ville fait partie intégrante du cœur économique du Grand Lyon, Communauté urbaine de Lyon regroupant 57 communes. Bien que Villeurbanne ne représente que 2,7 % de son territoire, elle concentre près de 9,9 % de la population de l'agglomération.

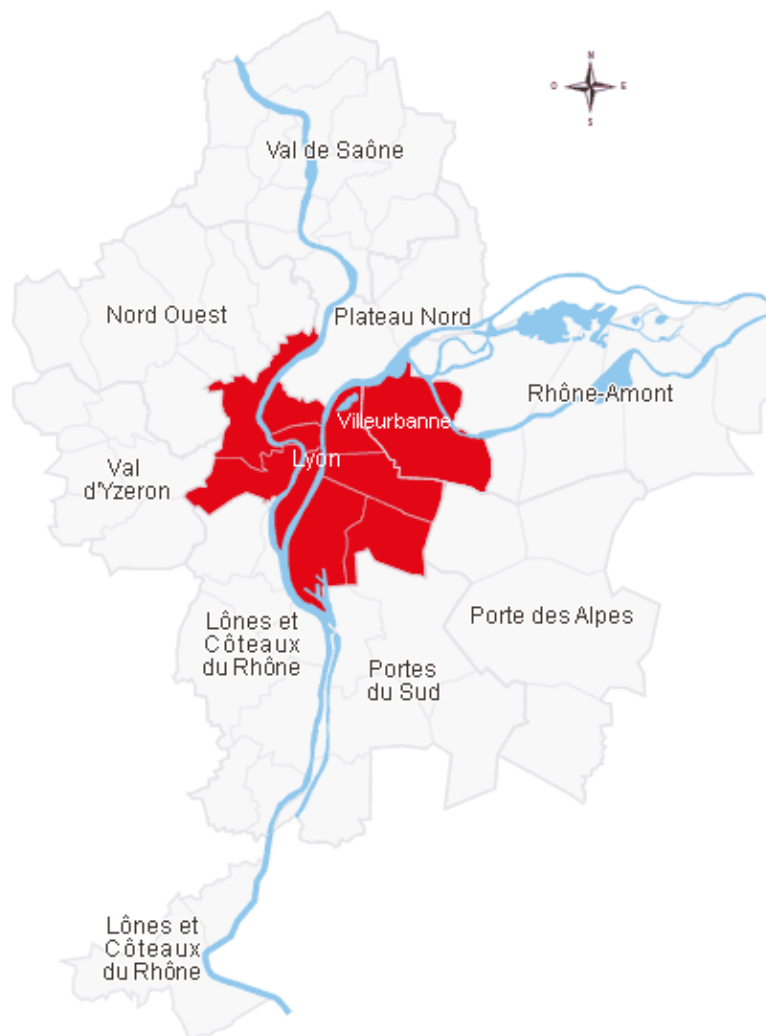


Figure 2 : Carte des territoires du Grand Lyon (conférences des maires)

Source : Grand Lyon, sur le site économique du Grand Lyon, mai 2010

La Ville de Villeurbanne est caractérisée par un contexte socio urbain spécifique⁴. Véritable terre urbaine où, en 2006, 91,7% des logements étaient des appartements, elle est marquée par des racines industrielles et ouvrières.

Malgré des transformations socio-économiques rapides, dues notamment à la tertiarisation des activités, Villeurbanne reste une ville populaire :

- le revenu moyen par foyer fiscal est inférieur à celui du département : 19 547 euros à Villeurbanne, contre 24 782 euros de moyenne départementale,

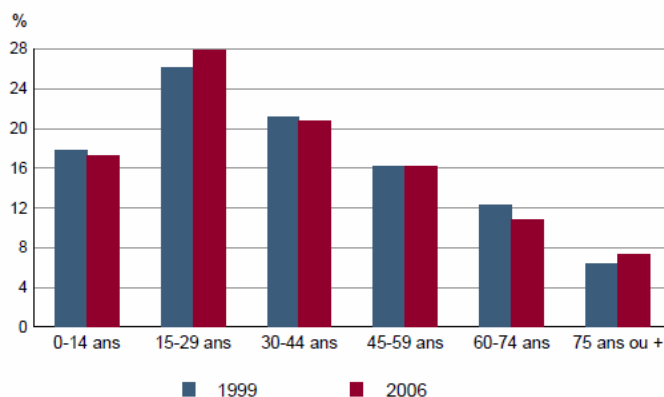
³ Source : INSEE, recensement de la population 2006 - Limites territoriales au 1^{er} janvier 2008.

⁴ Source : Contrat Urbain de Cohésion Sociale 2007-2010

- et 56,2 % des foyers fiscaux sont imposables⁵.

La précarité sociale marque certains quartiers, mais existe aussi de façon diffuse dans l'ensemble du territoire communal. Le chômage est durablement plus élevé que dans la moyenne du Grand Lyon, avec une progression sensible pour le chômage de longue durée. Le logement social représente 25 % des logements.

Cependant, la ville connaît un fort dynamisme démographique au cours de ces dix dernières années (+ 11,6 %). La population est jeune et est surtout composée de célibataires, représentant 45,8% des personnes de plus de 15 ans.



Graphique 1 : Population par grande tranche d'âge

Sources : Insee, RP1999 et RP2006 exploitation principales

L'histoire de la ville est aussi celle de l'accueil de différentes générations de populations immigrées, tout au long du siècle dernier, en particulier italiennes et espagnoles, puis issues du Maghreb et de l'Afrique subsaharienne, et aujourd'hui des pays de l'Europe de l'Est.

Villeurbanne revendique sa particularité, en particulier, l'identité populaire qui est fortement valorisée dans sa mémoire.

L'histoire urbaine a fait des divers quartiers de Villeurbanne des espaces structurants de la ville. Des Conseils de quartiers ont été créés afin de les officialiser. Les habitants restent attachés aux liens de proximité qui en découlent et qui apparaissent comme une composante de l'identité villeurbannaise.

b. La santé : un enjeu local fort

La santé à Villeurbanne, c'est presque un siècle d'actions publiques pour l'amélioration et la conservation du cadre de vie des habitants.

La loi du 15 février 1902 relative à la protection générale de la santé publique, crée les Bureaux Municipaux d'Hygiène dans les villes de plus de 20 000 habitants.

En 1913, le maire Jules Grandclément – médecin hygiéniste – prend le premier engagement marquant en créant le bureau municipal d'hygiène de Villeurbanne.

De 1925 à 1935, son homologue et successeur, Lazare Goujon, crée le dispensaire d'hygiène sociale, le bureau municipal des nourrices, un service spécialisé pour les enfants handicapés fréquentant les écoles communales puis le service médico-social scolaire (dix ans avant l'Ordonnance qui conçoit la santé scolaire à part entière et l'attribue à l'État). Au-delà de services sanitaires et sociaux, l'oeuvre majeure de Lazare

⁵ Source : Direction générale des impôts, 2007

Goujon est la création du nouveau centre ville 'les gratte ciel', véritable projet urbain de développement durable sur le plan social et économique.

La loi du 23 juillet 1983 organise les transferts de compétence dans le cadre de la décentralisation et supprime l'obligation faite aux communes de plus de 20 000 habitants d'avoir un BMH. Les villes qui le souhaitent peuvent cependant conserver leurs services et reçoivent en contrepartie une Dotation Globale de Décentralisation. Villeurbanne prend la Décision de conserver son BMH qui devient le " Service Communal d'Hygiène et de Santé" (SCHS).

À la fin des années 1980, la ville oriente les actions du SCHS sur la prévention et la promotion de la santé et adhère au Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1991.

Suite à cette l'adhésion, la Ville lance un diagnostic "santé environnement" sur tout le territoire et seront formalisés de 1992 à 1994 le premier plan municipal pour l'environnement, la création du point écoute jeunes en 1993, dans le cadre de la prévention des toxicomanies et l'espace santé environnement en 1994, pour répondre aux besoins de lisibilité et d'information exprimés par les habitants.

C'est tout naturellement en 2002 que la Ville s'engage dans la démarche des Ateliers Santé Ville (ASV), trouvant là un cadre d'intervention à la philosophie de Villes - santé de l'OMS et à l'esprit de démocratie participative.

En 2007, la ville adhère à la Charte « villes actives du Plan National Nutrition Santé » afin de mettre en valeur ses actions répondant aux objectifs de ce plan.

La politique de santé publique de la ville se fonde avant tout sur la définition globale et positive de la santé de l'OMS, qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie. Cette conception dynamique implique d'agir principalement sur les facteurs et déterminants de santé. C'est pour cela que Villeurbanne a décidé de conserver la délégation de l'état dans les domaines spécifiques de la santé publique que sont :

- l'hygiène publique et hygiène-environnement : la Ville perçoit une dotation globale au titre des Services Communaux d'Hygiène et de Santé et a compétence pour agir en lieu et place de l'Etat dans tous les milieux de vie de l'homme. Aujourd'hui ce service est renommé "service de santé environnementale" ;
- les vaccinations publiques : la Direction de la santé publique (DSP) assure des séances gratuites hebdomadaires à l'espace santé environnement ainsi que dans les écoles, pour cela elle perçoit une subvention de fonctionnement annuel de l'Etat via l'ARS ;
- la santé scolaire : Villeurbanne est une des rares villes de France à avoir un service municipal de santé scolaire (SMSS) (créé en 1935), avec des activités déléguées par l'Education nationale. Le SMSS intervient auprès des jeunes enfants scolarisés dans les écoles de Villeurbanne, de la grande section de maternelle au CM2.

Ces choix politiques forts sont fondamentaux et lui donne un levier d'actions considérable et lui permet de développer, outre les missions déléguées de l'Etat, la promotion santé sur le territoire à travers, notamment, la démarche des Ateliers Santé Ville (ASV) :

- une aide méthodologique et technique pour l'élaboration et la mise en oeuvre des projets en éducation et promotion de la santé,
- une mise à disposition des ressources disponibles : documentation, outils d'information,
- des animations "santé" auprès de groupes constitués,
- des relais de journées thématiques nationales et/ou mondiales (audition, diabète, sida, etc),

- un Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), lieu d'accueil, de soutien et d'accompagnement psychologique pour les jeunes et les parents animé par des psychologues.

Source : (39)

c. Un projet de Plan Local de Santé Publique pour anticiper la contractualisation avec l'Etat

Le niveau local est de plus en plus identifié comme un échelon majeur des politiques de santé. Comme l'ont notamment montré les Ateliers Santé Ville (ASV), c'est d'abord au niveau local que peuvent se mettre en place les possibles synergies entre acteurs et qu'une programmation transversale et intersectorielle peut émerger.

C'est dans cette optique qu'il leur ait aujourd'hui recommandé de rédiger un Plan local de santé publique. Celui-ci permettra à la Ville de légitimer sa politique de santé déjà entreprise, de renforcer sa visibilité, mais surtout de se saisir des dernières réformes du système de santé pour encremer ses politiques.

Celles-ci concernent en réalité toutes les politiques avec un impact local (les transports, l'éducation, la culture, ...), les élus sont donc les mieux placés pour organiser leur articulation. Dans le cadre de la gestion des risques, réaliser un plan c'est mettre autour de la table des gens qui se côtoient au quotidien pour réfléchir à une situation qui n'est pas quotidienne. Le Maire apparaît alors tout à fait légitime pour impulser une telle réflexion.

Au-delà de la collaboration interne à la ville, et en continuité avec ce qui a été développé pour les ASV, l'Etat semble aujourd'hui militer pour une réelle politique de santé publique ambitieuse associant les trois niveaux conjugués du national, du régional et du local.

Il ne s'agit pas d'organiser un transfert de charges ni de compétences mais de reconnaître la position clé du Maire comme co-animateur de la gouvernance locale en santé. L'articulation devra donc être construite avec l'ARS et le Préfet de département, mais aussi avec les autres services déconcentrés de l'Etat (éducation nationale, emploi, cadre de vie, ...).

Dans cette perspective, la notion de contractualisation permet de s'inscrire dans un double mouvement ascendant et descendant où les politiques locales peuvent nourrir les politiques régionales et où les politiques régionales ont aussi, au niveau local, une caisse de résonance pour renforcer les programmations. Les enjeux associés sont d'importance à la fois pour l'Etat, pour les acteurs locaux et pour l'ensemble des citoyens, des habitants.

L'objectif d'un PLSP est d'anticiper une éventuelle contractualisation à travers les contrats locaux de santé publique (CLSP). Bien que le calendrier de mise en place ces contrats ne soit pas encore défini.

Une lettre interministérielle du 20 janvier 2009 invite les collectivités territoriales à se positionner pour signer des contrats locaux de santé : « La mise en œuvre du projet régional de santé pourra faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médicosocial. Ces nouveaux outils de développement local permettront de coordonner l'action publique de l'agence régionale de santé (ARS) et des collectivités territoriales, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées »

Dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) également, les contrats locaux de santé sont réaffirmés à l'article L.1434-17.

Cependant, la politique menée par les ARS ne devrait pas englober les actions communales dans un dispositif contraignant, mais davantage les associer et les encourager à développer des actions sur les priorités de santé publique.

Les CRSA (Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie) sont des lieux d'échange et de partage importants, mais il faut aller plus loin et au travers des programmes, apprendre à travailler ensemble et de manière complémentaire autour des thématiques.

Les contrats locaux de santé permettraient de contractualiser avec les acteurs de terrain sur la base d'engagements précis. La logique s'appuie sur la notion de territoire prenant en compte les critères de proximité, de cadre de vie, d'opérationnalité en regard des inégalités et des priorités de santé. L'ARS devra ainsi mettre de la cohérence dans une politique, celle de la ville, dont elle n'a pas la maîtrise d'œuvre. (2)

IV. L'efficience du dispositif local et son inscription dans un système holistique.

a. Un préalable : la territorialisation

Le jeu territorial change et avec lui le statut des territoires qui ne se limite plus aux caractéristiques socio-spatiales.

Le processus de territorialisation des risques s'inscrit dans un cadre spatial qu'il contribue à modeler. Par exemple, la prévention du risque inondation, à travers la définition de normes, la mise en place d'outils de planification, participe à la transformation des territoires. (30)

L'intégration du local dans l'action publique se forgerait à travers des démarches d'adaptation des politiques aux spécificités locales afin de définir des préventions en adéquation avec les contextes sociaux, culturels, institutionnels, économiques et géographiques particuliers. L'appropriation des politiques publiques par les acteurs locaux qui connaissent ces spécificités, et leur territorialisation sont donc deux phénomènes interdépendants.

La mise en interaction du risque, toujours en s'appuyant sur le risque d'inondation, avec le territoire par l'élaboration d'outils multiformes de prévention pose la question de la détermination de l'échelle pertinente d'action. La territorialisation n'est donc pas seulement la déclinaison des politiques aux différents échelons, mais aussi la prise en compte des déterminants locaux de manière à définir cet espace pertinent d'action publique.

Le territoire apparaît aujourd'hui comme un espace de proximité, lieu où peuvent se construire de manière étroite des relations entre les acteurs, et espace de médiation où se définissent les actions stratégiques et opérationnelles. Le territoire est désormais acteur, porteur de projets. Les territoires deviennent des systèmes complexes, organisés, hiérarchisés, mouvants.

Par opposition à une approche verticale divisant l'action publique en secteurs d'activités cloisonnés, la territorialisation passe par la mise en œuvre d'une stratégie de développement transversale.

Pour cela, on peut faire appel à des processus participatifs, les citoyens et les acteurs du territoire vont ainsi être amenés à co-construire des politiques publiques locales complètement adaptées à leurs besoins.

Concrètement, il est possible de mettre différentes méthodologies en place :

- une écoute et la mise en place des lieux de dialogue, de débat : séances ouvertes ? questionnaire ? constitution d'un panel de citoyens représentatifs ?
- des transformations internes de l'institution : mobilisation des agents ? formation ?

Grâce à ces processus, les politiques vont être adaptés aux besoins réels et propres du territoire, et vont favoriser le sentiment d'appartenance pour donner à l'institution une image de proximité et de réactivité.

Les actions mises en œuvre vont alors concerner la population dans son vécu quotidien, la territorialisation crée ainsi du sens dans une recherche d'efficacité.

Le choix des actions devra également tenir compte des objectifs de santé publique définis par le plan régional de santé publique pour être pertinent sur le plan fonctionnel et financier. Les actions locales auront d'autant plus de chances de se faire en partenariat qu'elles s'inscriront dans les priorités des différents acteurs. Le partenariat pourra ensuite se sceller dans un cadre contractuel.

Enfin, les actions menées au niveau de chacun des échelons territoriaux doivent être complémentaires et cohérentes entre elles. On peut donc dire que territorialiser signifie

ancrer la politique de santé publique dans les mécanismes même de la production du territoire pour l'infléchir. (36)

b. Les mécanismes d'appropriation par les acteurs locaux

Pour ancrer les politiques au plus bas échelon territorial, l'échelon de proximité, il faut donc non seulement avoir une logique ascendante/descendante pour une approche transversale répondant aux besoins de la population mais aussi répondre aux priorités des échelons supérieurs.

Comme il l'a été mentionné dès l'introduction, le "mille feuilles" territorial et la balkanisation des dispositifs de santé publique et de prévention des risques ne facilite pas cet enracinement.

Mais la superposition des textes et des démarches n'est pas propre à la sécurité sanitaire. On retrouve des mécanismes similaires notamment dans les politiques de développement durable : le niveau opérationnel est principalement l'acteur local, or l'effectivité de ces dispositifs dépend de son inscription dans le système.

Le développement durable est un concept né et popularisé au niveau international. Produit d'une réflexion politique et scientifique, il respecte les codes propres aux forums internationaux et s'inscrit dans un courant de mondialisation et d'uniformisation de l'action publique. (1)

Concernant le secteur sanitaire, l'échelon décisionnel est national plus qu'international, mais la sécurité sanitaire, tout comme le développement durable, possède un contenu multi-thématiques qui implique une déclinaison locale. Cette dualité pose un certain nombre de problèmes tant pratiques que méthodologiques.

Partons du principe qu'à l'échelle locale, les politiques en matière de développement durable, tout comme celles de sécurité sanitaire, ne sont pas seulement sectorielles mais territorialisées. La territorialisation correspond à une phase d'appropriation des recommandations du référentiel global. Les décideurs locaux ont une marge de manœuvre pour adapter et personnaliser les prescriptions. Le processus de territorialisation explique l'hétérogénéité des pratiques alors même que les normes sur lesquelles reposent les politiques locales sont les mêmes. (5)

Même si, en sécurité sanitaire, les textes paraissent moins souples et les responsabilités de chaque acteur mieux définies, la différence dans les pratiques existe bel et bien. Suivant les villes, l'accessibilité et la visibilité des services municipaux, ils peuvent donc être amenés à traiter toutes sortes de problèmes.

Plus que jamais le développement durable passe par une approche intégrée de la gestion des risques. Cette approche repose sur la prévention, la connaissance, l'information et l'éducation ainsi que sur la mise en place de solutions cohérentes et concertées. Elle relève aussi du dialogue entre les acteurs de prévention et de la planification et les spécialistes de la gestion de crise. L'élus local est au cœur de ces dispositifs, complexes par leur caractère hautement technique et par la multiplicité des acteurs qui y interviennent. (40)

L'appropriation et la territorialisation des politiques de défense sanitaire et de gestion des situations d'urgences sanitaires par les acteurs des communes doivent donc se réaliser pour contribuer à l'amélioration de la performance des acteurs. Reste à savoir comment, et plus précisément comment à Villeurbanne, on s'est emparé de cette problématique, et comment, via le Plagus, on a essayé de rendre le dispositif plus performant.

L'appropriation commence par le fait même d'intégrer un volet concernant l'alerte et la gestion des urgences sanitaires dans le Plan local de santé publique (PLSP). Ce n'est pas le cas de toutes les villes. C'est ce que j'ai pu constater en participant à un atelier d'échange organisé par la Fédération Rhône-Alpine d'éducation à la santé (FRAES), avec

tous les acteurs communaux de la région, et ayant pour thème : « *Plan Local de Santé et Contrat Local de Santé. Comment contribuer à leur élaboration à partir de la démarche ASV ?* ».

Lors de ces réunions, le cas de Villeurbanne dénotait du reste des initiatives. Si toutes les Villes représentées envisageaient de construire un PLSP, seul Villeurbanne parlait de Plagus. En réalité, pour beaucoup de Villes, le PLSP consiste en un élargissement de la démarche des Ateliers Santé Ville par le développement de nouvelles thématiques, par l'approche d'un nouveau public, l'application des ASV dans de nouveaux quartiers ou un renforcement de la participation des citoyens ...

A Villeurbanne, il a été décidé de décliner l'ensemble du PRSP sur la Commune, et donc d'organiser le PLSP en trois volets :

- Le volet "Promotion à la santé", basé effectivement sur la démarche des ASV mais aussi sur l'ensemble des actions développées par les services municipaux contribuant au bien être des villeurbannais et s'inscrivant dans les priorités de santé ;
- Le volet "Santé environnementale"
- Le volet "Alertes et gestion des urgences sanitaires", détaillé dans ce mémoire.

V. Le Plan Local d'Alertes et de Gestion des Urgences Sanitaires de Villeurbanne

a. Une démarche aux contours bien dessinés : méthodologie

Un état des lieux des ressources internes est la première étape dans la conception du PLSP. Nous nous concentrerons ici uniquement sur les éléments de diagnostic propre au Plan alertes et gestion des urgences sanitaires (Plagus), et non à la totalité du diagnostic réalisé pour l'ensemble du PLSP.

J'ai mené des entretiens semi directifs avec 8 personnes au sein des services municipaux :

- la responsable du service Sécurité Civile Urbaine de la Direction Prévention Médiation Sécurité,
- la Directrice de la Direction Prévention Médiation Sécurité,
- l'infirmière de santé publique de la Direction de la santé publique, référente "maladies infectieuses",
- la responsable administrative de la Direction de la santé publique,
- le responsable du service de santé environnementale, Direction de la santé publique,
- le Directeur du centre communal d'action sociale (CCAS), Direction de la solidarité,
- la responsable du pôle animation et coordination gérontologique du CCAS,
- la responsable du service de polycompétence du CCAS.

Trois aspects étaient abordés avec les collaborateurs municipaux, à l'aide d'une grille d'entretien :

- La législation en vigueur, et le rôle des communes
- Application à Villeurbanne : concrètement, qui fait quoi ?
- Les liens existants avec les autres dispositifs.

Parallèlement, je cherchais à savoir quels étaient les documents existants, quelles étaient les procédures formalisées. Le but était d'établir une liste des documents disponibles, mais aussi des documents à réaliser. Il me fallait bien distinguer ce qui était de l'ordre de l'action informelle, presque quotidienne, de la procédure appliquée suivant un document. Nous parlons bien là de procédures municipales. Bien souvent, il existe des documents comportant des recommandations nationales, régionales ... mais ce qui m'importait était les documents écrits et adaptés par les services de la Ville. La liste des documents disponibles est synthétisée dans le tableau en Annexe 3.

Pour compléter la vision de ces acteurs de proximité, j'ai souhaité connaître le regard d'acteurs présents à une plus grande échelle. Pour cela, j'ai pu rencontrer trois représentants institutionnels :

- Conseillère sanitaire de zone (médecin inspecteur de santé publique, MISp), Service Zonal de défense et de sécurité de l'ARS Rhône-Alpes,
- Coordonnateur de la cellule régionale de veille et de gestion sanitaires (CRVGS) de l'ARS Rhône-Alpes,
- Chef du Service Interministériel de Défense et de Protection Civile de la Direction de la Sécurité et de la Protection Civile / Préfecture du Rhône.

Ces entretiens commençaient par une présentation de leur service, l'échange se poursuivait autour de leur vision du rôle des municipalités en termes de gestion du risque sanitaire et des opportunités qu'ils voyaient dans la construction du Plagus, pour finir sur leur conception de la culture du risque.

b. Un état des lieux comme point de départ : résultats

La législation en vigueur et le rôle des communes est détaillée en Annexe 4 pour chacun des plans ci-dessous. Dans cette partie résultat ne sera abordé que ce qui est fait à Villeurbanne.

i. Le Plan Communal de Sauvegarde (PCS)

Le PCS de Villeurbanne a été finalisé début 2010. Il est piloté par la Direction Prévention, Médiation et Sécurité (DPMS). Cette Direction, avec l'aide du service de communication, a élaboré en 2007 le document d'information communal sur les risques majeurs (Dicrim) pour assurer l'information préventive des populations. Le plan de continuité des services communaux est annexé au PCS mais beaucoup d'éléments se recoupent, c'est notamment la même cellule de crise, puisque dans les faits, si le PCA est déclenché, le PCS est déjà en place.

La DPMS a suivi neuf grandes étapes qui ont abouti à la publication du PCS.

1. *Diagnostic complet des risques villeurbannais*
2. *Recueil et analyse des retours d'expérience*

Le diagnostic et ce retour d'expériences ont permis de retenir 22 risques considérés dans le PCS.

3. *Choix des modalités de gouvernance*

Au quotidien, l'élaboration et la gestion du PCS sont suivies par 3 intervenants :

- deux élus référents : l'Adjoint au Maire chargé du sport, de la sécurité et de la prévention et la Conseillère municipale Déléguée à la Sécurité dans les Établissements Recevant du Public et au Plan Communal de Sauvegarde,
- une chef de projet chargée de l'élaboration et du suivi du PCS : la responsable du service Sécurité Civile Urbaine de la Direction de la Prévention, Médiation et Sécurité

Pour valider les décisions relatives au PCS, un comité de pilotage transversal a été constitué. Il est composé d'au moins un représentant de chaque directions.

Pour le suivi technique du projet, un comité technique avait été prévu. Il se composait de :

- Une Chargée de mission Prévention Sécurité
- Une Chargée de communication
- La Responsable du service Prévention des Risques Professionnels de la Direction des Ressources Humaines et des Relations Sociales
- La Directrice de la Prévention, Médiation, Sécurité

Par la suite, on s'est rendu compte que cet ensemble formait beaucoup d'instances et que la mobilisation demandée aux différents acteurs pouvait être excessive. Le comité technique a alors été dissout.

Le Conseil de Municipalité a validé chaque grande étape du projet : la démarche, le document écrit, et le scénario de l'exercice.

4. *Élaboration des fiches*

Six groupes de travail thématique ont été constitués d'agents aux connaissances spécifiques dans un domaine. Ces collaborateurs, de toutes les directions et de tous les services, avaient la charge d'écrire la ou les fiches pour lesquels ils étaient compétents en remplissant une grille pré-établie. Ainsi, ils ont pu s'approprier le dispositif et travailler avec des collègues avec qui ils ne travaillent pas d'habitude.

Différents types de fiches ont été écrites :

Les fiches Scénario : une fiche pour chacun des vingt deux risques retenus, elles sont une aide à la décision et permettent d'avoir une "check list".

Les fiches Moyens : elles permettent de savoir où aller chercher l'information. Volontairement, elles ne constituent pas un catalogue qui serait difficilement actualisable mais indiquent les ressources. Elles servent surtout à la cellule Logistique.

Les fiches Cellules : les agents impliqués dans les cellules ont été désignés par le comité de pilotage selon leurs compétences. Même si le but était d'essayer de faire travailler des directions différentes ensemble, pour qu'en cas d'urgences les regards soient complémentaires, les compétences de chacun primaient pour le choix du rôle occupé. Le choix de l'affectation à une cellule est également indépendant de la rédaction des fiches, les agents qui ont travaillé sur certaines fiches ne les utiliseront pas forcément par la suite. Les fiches "Cellules" résument la composition et le rôle de chacune.

Les fiches Actions Réflexes (FAR) : il y a une FAR destiné à chaque cellule. Indépendantes du scénario en cours, les FAR résument les premières actions à mettre en place systématiquement pour chaque cellule, dès que la configuration "crise" est mise en place. Il y a également deux fiches FAR transversales : l'une pour le choix du site de repli, et l'autre consacré à l'alerte.

5. Organisation de la gestion de crise

Le principe de l'organisation s'appuie sur :

- une structure de commandement à deux niveaux,
- une structure d'intervention impliquant cinq cellules,
- une cellule assurant la logistique interne du Poste de Commandement Communal.

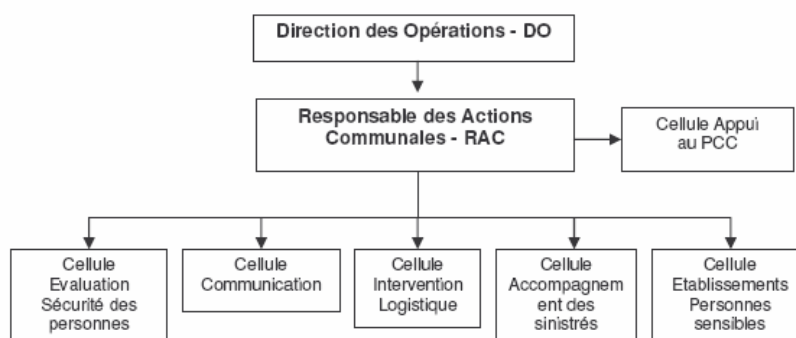


Figure 3 : Organisation de la gestion de crise

Source : Plan communal de sauvegarde, DPMS, Ville de Villeurbanne, 2009.

6. Rédaction et formalisation du document

Après avoir recueilli les travaux de l'ensemble des groupes de travail, un travail de synthèse, de combinaison et d'harmonisation a permis l'élaboration des documents finaux.

7. Plan de formation

- Formation générale

Une formation de présentation du plan et de la gestion des risques a été dispensée à tous les agents de la ville.

- Formation par cellule

Tous les agents inscrits dans une cellule d'intervention ont bénéficié d'une formation spécifique pour chaque cellule d'une durée de 8 heures. Cette formation sera renouvelée tous les 2 ans environ.

- Formation pratique : exercice

Un exercice a été réalisé en décembre 2009. Les agents n'étaient pas prévenus de cette mise en pratique, et le scénario était très complet. Il portait sur un accident de TMD (GPL) entraînant un risque de BLEVE (boiling liquid expanding vapor explosion).

Un exercice en période non ouvrable est envisagé mais pas encore planifié.

Des exercices par cellule sont également envisageables à court terme, ce qui permettrait aux agents de se concentrer réellement sur leurs tâches. Mais un exercice de simulation complet ne sera réitéré d'ici quelques années car la mobilisation demandée est très importante.

Il peut aussi y avoir des exercices imposés par la Préfecture, mais dans ce cas ils sont prévus, connus et planifiés.

8. *Retour d'expérience de l'exercice*

Lors de l'exercice réalisé en décembre 2009, le principal problème a porté sur la communication pour joindre tous les acteurs : le délai pour réunir tout le monde a été très long. L'annuaire n'était pas à jour, et on ne connaissait pas forcément les numéros des suppléants en cas d'absence des titulaires. Il a donc été décidé d'acquérir un automate d'appel pour la cellule d'appui. Un exercice d'essai de l'automate d'appel sera réalisé fin 2010.

9. *Arrêté municipal*

Voir Annexe 5

- **Les relations et les liens entre les dispositifs**

Relations partenariales internes :

Le CCAS possède un fichier répertoriant les personnes vulnérables sur la commune. Ce fichier est confidentiel donc la DPMS n'y a pas accès mais dans le cas d'un déclenchement du PCS, les services de police s'en emparent et prennent les dispositions pour ces personnes.

Le CCAS est en charge du Plan Grand Froid et du Plan Canicule, or les scénarios Grand Froid et Canicule existent dans le PCS. En réalité, les Plans gérés par le CCAS sont davantage des plans de prévention que de gestion de crise. C'est donc quand ils sont dépassés que le PCS prend la relève.

De même, le risque infectieux est géré au quotidien par la DSP. Mais si une épidémie soudaine et très virulente survient, le PCS sera déclenché pour passer à une phase supérieure.

La coordination entre tous ces dispositifs est normalement assurée puisque ce sont les acteurs en charge des plans au quotidien qui ont rédigé les fiches scénario des risques les concernant. Dans les faits, la coordination est très difficile, l'exemple de la grippe A le montre bien.

La DPMS recense les Plans Particuliers de Mise en Sûreté (PPMS) rédigés par chaque directeur d'école, elle se charge de le faire correspondre avec le PCS. En revanche, concernant les Plans Bleus dans les établissements médico-sociaux, il n'y a aucune collaboration, mais les personnes ressources se connaissent mutuellement.

Relations partenariales externes :

Le premier partenaire concerné par la sécurité est la Préfecture. Elle a été associée dans l'élaboration du PCS mais de façon informelle. Elle a été informée du projet, de la méthodologie ... mais elle n'a pas participé de manière active à sa conception.

Les sapeurs pompiers et le Service départemental d'incendie et de secours (Sdis) ont été inclus dans les groupes de travail. Le directeur de la caserne située sur Villeurbanne a même participé à l'exercice.

Une réunion de présentation du PCS rédigé a eu lieu afin d'obtenir un consensus général auprès des pompiers, de Véolia, de la compagnie de transport TCL, de la Préfecture et de 10 à 15 partenaires. Elle s'est tenue avant que le PCS ne soit validé par le conseil de municipalité, chacun pouvait donc proposer des modifications.

Concernant les établissements de santé, la ville a passé une convention avec la clinique du Tonkin, dans le cadre de son plan blanc, pour une mise à disposition d'un gymnase.

ii. Les procédures " maladies infectieuses "

Dès l'annonce d'une maladie infectieuse, le service prévention – promotion – santé de la Direction de la santé publique enclenche un processus bien défini.

La première action consiste à vérifier le diagnostic. La procédure en tant que telle débute par le lancement de l'alerte et le signalement de la maladie aux autorités compétentes (la DTD de l'ARS). S'en suit la notification partenariale qui consiste à prévenir tous les partenaires impliqués à tous les échelons territoriaux, par exemple : les directeurs des écoles concernées dans la ville, les services municipaux (comme la Direction de l'éducation, mais aussi l'Inspection de l'éducation nationale du secteur, la Protection Maternelle Infantile (PMI), ...) Afin d'assurer la communication et l'information autour des cas de pathologies, des notes et des courriers sont rédigés et diffusés, au besoin les interlocuteurs peuvent également être contactés par téléphone.

La phase d'enquête peut alors débiter, étape pendant laquelle le but de comprendre d'où vient la maladie et comment elle s'est propagée. Tout d'abord, une enquête téléphonique est menée auprès de l'entourage proche de la personne malade. Puis si besoin, des prélèvements environnementaux seront réalisés par les techniciens du service de santé environnementale.

Le cas échéant des mesures de prophylaxie peuvent être déployées. Dans un premier temps, il s'agit de diminuer le nombre de personnes malades par de la chimioprophylaxie (distribution d'antibiotiques par exemple), ou la dispensation de mesures d'hygiène à appliquer ... Dans un second temps, des mesures barrières vont permettre de casser la chaîne de transmission de la pathologie et/ou d'éliminer l'agent infectieux (vaccination par exemple).

Une fois les actions réalisées et l'enquête achevée, un rapport épidémiologique final est transmis à la DTD de l'ARS.

Des procédures propres à chaque pathologie sont rédigées.

Aujourd'hui, 7 procédures sont rédigées pour les maladies infectieuses. Ces procédures permettent d'adapter les recommandations nationales et générales à la Ville de Villeurbanne et aux structures locales.

Dans l'idéal, il faudrait rédiger des procédures pour toutes les pathologies. Mais la rédaction est chronophage, et en attendant de compléter par de nouvelles procédures, la priorité est donnée aux pathologies les plus fréquentes (Annexe 3).

Chaque procédures est composée d'un logigramme de processus, le mode d'alerte, les partenaires à contacter (notification partenariale), les mesures prophylactiques à mettre en place, un guide pour le rapport épidémiologique final, et des annexes contenant des modèles de courrier, de note d'information, et même d'ordonnances médicales à diffuser.

Les procédures permettent de rassembler les informations et contiennent également des points généraux sur la pathologie (agent pathogène, mode de transmission, la période d'incubation, ...).

Si une pathologie est déclarée et qu'il n'existe pas de procédures communales, la Direction de la santé publique (DSP), suit alors les recommandations nationales, se réfèrent aux circulaires du Ministère chargé de la Santé, aux guides d'investigation de l'InVS ou peuvent également se référer aux Centres de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

- **Les relations et les liens entre les dispositifs**

Relations partenariales internes à la Ville de Villeurbanne :

Le Plan Communal de Sauvegarde comprend le risque sanitaire. La DSP est également ressource en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde, et prend part aux cellules d'intervention alors mises en place.

Relations partenariales externes :

Dans le cadre du suivi des maladies infectieuses, il n'y a pas de lien particulier avec les structures de soins, que ce soit la médecine de ville ou les structures sanitaires (cliniques, hôpitaux, ...).

Des réunions réunissant tous les acteurs travaillant sur le risque infectieux sont organisées par la DTD de l'ARS avec : le centre départemental d'hygiène sociale (CDHS), le Conseil général pour la Protection Maternelle Infantile (PMI) et les collègues, les services de santé des villes, les directeurs de crèches, ... Ces réunions permettent à tous les acteurs de se connaître. Lors de ces rencontres, les pratiques tentent d'être homogénéisées et coordonnées, l'information est diffusée à tous et de la même façon.

Le travail avec les partenaires est ainsi largement facilité, les acteurs se connaissent et se répartissent plus facilement les tâches quand il faut gérer un dossier en commun.

Les améliorations ne sont donc pas à apporter sur le travail en réseau, ni sur la transmission d'information dans le sens ascendant, mais bien sur cette transmission dans le sens descendant : des autorités sanitaires à l'acteur communal. En effet, si la DSP transmet toutes leurs informations dans des délais brefs à la DTD, celle-ci, qui capitalise l'ensemble des informations du département, a parfois du mal à faire "redescendre" l'information aux acteurs locaux. Par exemple, un laboratoire d'analyse de biologie médicale transmet à la DTD une déclaration de rage sur une commune. La DTD enregistre cette déclaration mais ne la transmet pas à la ville concernée. Or quand les riverains vont entendre parler de rage, ils vont se tourner vers les services municipaux pour avoir des renseignements, ...

iii. Les procédures relatives à la santé environnementale

Ces procédures regroupent toutes celles dont a la charge le service de santé environnementale de la DSP :

- les maladies à déclaration obligatoire (MDO) : la légionellose et les TIAC (en collaboration avec le service prévention – promotion - santé),
- les intoxications au monoxyde de carbone,
- la lutte contre l'ambroisie,
- la pollution d'eau des nappes,
- la pollution atmosphérique.

❖ **Légionellose**

Le service prévention – promotion - santé réalise l'enquête épidémiologique. Le service de santé environnementale n'est sollicité que si des prélèvements sur les systèmes d'eau au domicile (ou dans l'établissement, public ou privé, suspecté) sont nécessaires. Ces

prélèvements sont ensuite envoyés dans des laboratoires spécialisés, et le but est de mettre en parallèle la souche humaine et la souche environnementale pour être certain de l'origine de la contamination.

- **Les relations et les liens entre les dispositifs**

Relations partenariales internes à la Ville de Villeurbanne:

Au sein même de la DSP, les deux services concernés travaillent de manière coordonnée et concertée.

Relations partenariales externes :

Étant donné que la légionellose est une MDO, les services municipaux sont nécessairement en lien avec la DTD de l'ARS.

De plus, quand un champ d'investigation plus large est défini, la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal) prend la relève.

❖ **Toxi Infection Alimentaire Collective (Tiac)**

Les cas sont signalés par le médecin traitant ou l'établissement de santé où est hospitalisé le patient à la DTD de l'ARS. Celle-ci se charge d'avertir les acteurs municipaux concernés.

La DSP mène alors une enquête épidémiologique et environnementale, et la Direction des services vétérinaires (DSV) effectue les prélèvements de nourriture et/ou le retrait immédiat de la nourriture si nécessaire.

- **Les relations et les liens entre les dispositifs**

Relations partenariales externes :

Le dispositif d'alerte local déclenché par la DTD semble sujet à certains dysfonctionnements. Les acteurs concernés ne sont pas joints dans des délais acceptables, surtout en période de fermeture des services municipaux, alors même qu'une astreinte est effectuée par le service de santé environnementale de la DSP. Une mise à jour des annuaires et une définition plus précise de la collaboration est à envisager. De la même façon les modalités de coopération avec la Direction des services vétérinaires (DSV) sont à éclaircir.

Mais de manière plus générale, ce sont les pratiques et les délégations de compétences en hygiène alimentaire qu'il faut revoir. Anciennement, le service d'hygiène de la Ville réalisait des contrôles réguliers dans la restauration sociale, aujourd'hui le service de santé environnementale n'agit que sur plainte. Avant la révision générale des politiques publiques (RGPP), trois acteurs pouvaient intervenir dans le contrôle de l'hygiène alimentaire la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), la DSV et les services communaux d'hygiène. Les pratiques ont depuis, été harmonisées mais les délégations de compétences manquent de précision.

❖ **Intoxications au monoxyde de carbone**

La déclaration d'intoxication au monoxyde de carbone parvient au service directement par l'hôpital qui prend en charge l'intoxication, ou par la DTD de l'ARS.

Sauf en cas d'incendie (où les services des pompiers interviennent) et de tentative de suicide, les techniciens du service santé environnementale se déplacent alors sur les lieux pour mener l'enquête.

Il remplit tout d'abord la base de données "Siroco". Cette base nationale permet un recueil de données mais est aussi un mémo qui récapitule toutes les actions à mettre en place, toutes les démarches à suivre au cours de l'enquête.

La rédaction d'une procédure propre à Villeurbanne ne semble pas nécessaire.

- **Les relations et les liens entre les dispositifs**

Relations partenariales internes à la Ville de Villeurbanne :

Une mise en relation avec le Plan grand froid pourrait être envisagée. Une action dans les squats (où les moyens de chauffage provoquent très souvent une émission de monoxyde de carbone) pourrait permettre de construire une démarche de prévention.

D'autre part, quand le service de santé environnementale (SSE) intervient dans les logements pour des problèmes de salubrité, les conduits individuels et collectifs sont vérifiés. Toutefois, ce n'est qu'un contrôle visuel peu efficace, même si, en période hivernale, les recommandations sanitaires sont rappelées.

Les intoxications au monoxyde de carbone ne sont pas forcément en lien avec la salubrité du logement. Une prévention plus large peut être envisagée.

❖ **Lutte contre l'ambrosie**

Les responsabilités quant à l'arrache des plants d'ambrosie sur Villeurbanne se partage entre la Ville et le Conseil général : quand les plants sont sur un domaine public, c'est le Département du Rhône qui intervient, quand c'est sur un domaine privé, c'est le SSE.

Le Conseil Général a également mis en place un numéro vert pour tout signalement ou pour tout renseignement concernant l'ambrosie. Des plaquettes informatives sont conçues pour sensibiliser le plus grand nombre, et les services municipaux diffusent au maximum cet outil.

Le service de santé environnementale reçoit les signalements du Conseil général ou bien des plaintes des habitants directement. Leur rôle est ensuite de déplacer et d'arracher les plants de façon à ce que la repousse soit limitée.

Un projet de base de données recensant tous les lieux où de l'ambrosie a été trouvée est en cours de réflexion, peut être sous forme de carte pour mieux visualiser la propagation de la plante.

- **Les relations et les liens entre les dispositifs**

Relations partenariales internes à la Ville de Villeurbanne :

Il arrive que le service de santé environnementale intervienne auprès des services de la Petite Enfance par exemple lors d'un projet de conception d'établissement d'accueil, pour apporter leur expertise et leurs conseils sur les plantes les moins allergisantes possibles à introduire sur un espace.

Relations partenariales externes :

Une collaboration pourrait être mise en place avec le Réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA), qui lui mesure le taux de pollens, et notamment celui d'ambrosie, dans l'air.

Grâce à la base de données recensant tous les lieux ayant contenu ou pouvant contenir de l'ambrosie, et lors d'un pic de pollen annoncé par la RNSA, des actions de contrôle de ces lieux pourrait être mise en place.

❖ **Pollution d'eau de nappes**

Les contrôles étant assurés par l'ARS, par le service de distribution d'eau, ou par les habitants eux-mêmes via un laboratoire spécialisé, l'intervention des services municipaux sur la gestion et le contrôle des eaux de nappe reste exceptionnelle.

Lors de la cessation d'activité d'une Installation Classée Protection Environnement (ICPE), une déclaration est faite à la Préfecture. Celle-ci délègue le service de santé

environnementale pour effectuer le contrôle de la pollution des sols et des eaux de nappes, et vérifier notamment la présence ou non de trichloréthylène, polluant industriel courant.

Si la présence de polluants est avérée, le service détermine un périmètre où l'eau de nappe est impropre, et le Maire prend un arrêté qui interdit l'utilisation de l'eau de nappe dans cette zone. Les personnes s'étant déclarée auprès de la Mairie comme ayant un puit ou un forage, et se trouvant dans la zone incriminée, sont ensuite informées personnellement.

- **Les relations et les liens entre les dispositifs**

Relations partenariales externes :

Afin de ne pas attendre la cessation d'activité d'une installation classée, des contrôles pourraient être effectués sur toute la ville et un programme de contrôle régulier pourrait être développé en collaboration avec le Grand Lyon.

❖ **La pollution atmosphérique**

A Lyon, c'est l'association Coparly qui gère le système de mesures de polluants.

Elle a défini deux niveaux d'alerte :

- ✓ le premier seuil de communication correspond à un niveau d'information et de recommandations sanitaires pour les personnes sensibles,
- ✓ le deuxième seuil de communication correspond à un niveau d'alerte de risque pour l'ensemble de la population et de recommandations sanitaires pour les personnes sensibles. En plus des recommandations sanitaires, des mesures de restriction de circulation sont alors prises par le Préfet, obligeant par exemple les camions à contourner l'agglomération et instaurant des limitations de vitesse pour tous les véhicules.

La procédure d'alerte pollution a été réalisée par la DSP. Elle se résume à une procédure d'information et de relais du message. Elle ne prévoit pas d'intervention quelconque, mais simplement la publication de recommandations sanitaires, qui n'ont d'ailleurs pas de valeur juridique.

Lorsque les indices dépassent les valeurs seuil fixées au niveau national, les messages d'information ou d'alerte sont diffusés par les services de la Préfecture du Rhône (service interministériel de défense et de protection civile) et parviennent par télécopie au secrétariat du directeur général des services municipaux. En période normale (hors astreinte), les messages sont transmis par télécopie à la Direction de la santé publique. Parallèlement, la DSP reçoit les messages par voie électronique directement de la part de la Coparly. La DSP assure alors la transmission du message vers une liste de diffusion. Cette dernière est mise à jour chaque année.

Chaque Direction est ensuite responsable du transfert de l'information auprès des unités concernées recevant des personnes sensibles (crèches et haltes garderies publiques et privées, écoles maternelles et primaires publiques et privées, résidences de personnes âgées et maisons de retraite privées, centre de loisirs, centre sportifs municipaux et associatifs, centre de vacances).

En période d'astreinte (week-end ou lors de la fermeture des services municipaux), le message parvient par télécopie et par message vocal au secrétariat du directeur général des services, sur le téléphone portable du cadre administratif d'astreinte et sur le portable du directeur général des services. Il appartient alors au cadre administratif d'astreinte de diffuser le message émanant du dispositif préfectoral comportant au minimum la zone concernée, le polluant et le niveau d'alerte. Il s'agira essentiellement de relayer cette information auprès des organisateurs des manifestations sportives ou en extérieur.

Le message électronique envoyé par la DSP est un message type qui contient :

- ✓ le message émanant du dispositif préfectoral qui comprend généralement les informations générales sur la situation et l'évolution prévisible de la pollution atmosphérique,
- ✓ un tableau synthétisant les recommandations du conseil supérieur de l'hygiène publique de France,
- ✓ une fiche détaillée de recommandations sanitaires et comportementales en fonction du type de polluant : dioxyde de soufre, dioxyde d'azote, ozone, poussières.

Le message est actualisé toutes les 24 h par la Coparly qui communique tous les jours entre 16 h et 17 h, le maintien de l'alerte ou la fin de l'épisode.

Afin d'en informer les villeurbannais, un affichage du message avec les recommandations associées est réalisé sur le panneau extérieur de l'espace santé environnement (siège de la DSP).

Une fiche technique est également à disposition de tous les agents de la DSP pour assurer la continuité du dispositif. Celle-ci contient un résumé de la procédure, et surtout le message type à envoyer vers la liste de diffusion.

En revanche, étant donné le caractère non obligatoire des recommandations, cette procédure ne prévoit pas de mesures de suivi pour leur application. La seule obligation est de relayer l'information.

Il n'y a pas d'outils de communication spécifiquement conçus pour le grand public. En revanche, pour les professionnels, la DSP a conçu un tableau récapitulatif des recommandations par groupe de population. On pourrait imaginer la réalisation d'affiches spécifiques, une affiche pour la population générale et une affiche par groupe populationnel que les équipements pourraient, eux aussi, afficher selon le public reçu. En effet, à l'heure actuelle, les recommandations ne sont lisibles par la population qu'en un seul et unique lieu : l'espace santé environnement. Techniquement, le problème qui pourrait se poser est la taille trop importante des pièces jointes s'il faut envoyer toutes les affiches à chaque fois. Un lien vers un espace dédié sur le site web de la collectivité pourrait être indiqué, lien duquel les affiches seraient téléchargeables.

- **Les relations et les liens entre les dispositifs**

Relations partenariales internes à la Ville de Villeurbanne :

La liste de diffusion comprend les destinataires suivants :

- Direction de la petite enfance,
- Direction de l'éducation,
- Direction de la solidarité (CCAS),
- Direction du sport,
- Direction de la vie associative,
- Direction de la jeunesse,
- Direction prévention médiation sécurité,
- Centres sociaux (associatifs),
- Direction de la communication.

En cas d'alerte exceptionnelle, et sur demande du Préfet, la configuration en situation de crise est assurée avec le déclenchement du PCS. Des arrêtés municipaux peuvent être pris, en général à la demande du Préfet, pour interdire la circulation ou le déroulement d'évènement sportif à l'extérieur (cas très rare). La fiche pour le risque "Pollution" du PCS renvoie également vers la procédure décrite ci-dessus.

Avec les dispositifs et les acteurs externes

La DTD de l'ARS a rédigé à l'attention des collectivités, une note de synthèse sur les recommandations sanitaires à destination du public en cas d'épisode de pollution atmosphérique avec un tableau récapitulatif donnant les recommandations par groupe de population.

Focus sur les Alertes Polliniques :

La qualité de l'air dépend aussi de la présence de pollens. On pourrait donc admettre que, rentrant en jeu dans la qualité de l'air, la réglementation pour l'alerte "pollen" est la même que pour la pollution atmosphérique. Cependant, rien n'est spécifié pour le cas particuliers des pollens. Le maire a donc un devoir d'information envers ces administrés, mais ses responsabilités se résument à cette diffusion de messages.

La Coparly surveille également les taux de pollen dans l'air, mais l'organisme spécialisé en ce domaine est la RNSA (Réseau National de Surveillance Aérobiologique). La DSP est donc inscrite à ce réseau et reçoit donc des bulletins polliniques trimestriels mais aussi les alertes polliniques par courrier électronique.

Lors du déclenchement d'une alerte, le message envoyé par le RNSA contenant la zone géographique concernée et les recommandations sanitaires, est affiché pour la population à l'espace santé environnement. Concernant les bulletins polliniques, il est très difficile de les utiliser comme support pour communiquer avec la population, car ils sont trop techniques.

Pour compléter l'information donnée en cas d'alerte (très succincte), le RNSA met à disposition sur son site web un widget d'alertes polliniques permettant de consulter, pour un grand nombre d'environnements numériques, les niveaux d'alertes en fonction d'une configuration personnalisée. Il se présente de la façon suivante :



Figure 4 : Widget d'alertes polliniques, RNSA

Source : <http://www.pollens.fr/widget/>

Esthétique et ergonomique, ce widget va permettre d'avoir une information accessible pour la population générale.

De la même façon que pour les alertes "pollution", quand les alertes "pollen" atteignent un niveau maximal (3/3), une liste de diffusion pourrait être constituée. Cette liste pourrait

contenir directement les structures accueillant du public sensible sans passer par les différentes directions.

iv. Le Plan Canicule

A Villeurbanne, la gestion du Plan Canicule relève du pôle de coordination gérontologique du CCAS.

Depuis 2007, un registre nominatif est tenu, une permanence téléphonique et d'accueil est assurée pour permettre l'inscription de toutes les personnes le désirant sur ce registre. Pour cette première année de mise en place, le registre comptait 169 personnes (uniquement des personnes âgées). Le CCAS va plus loin que la simple constitution du registre et recrute un étudiant en travail social pour la période de niveau 1 (du 1er juin au 31 août). Son rôle est d'effectuer une veille téléphonique en appelant toutes les personnes du registre de manière régulière, et selon un rythme défini avec eux.

En 2008, le registre a été ré-actualisé par relance des personnes déjà inscrite l'année précédente : un courrier explicatif, accompagné d'un questionnaire et d'une enveloppe timbrée ont été envoyés à toutes les personnes du registre. La veille téléphonique durant la période de niveau 1 a été reconduite.

En 2009, en amont de la période estivale, et en plus de la réactualisation du registre, une grille d'écoute pour la veille téléphonique a été constituée. Le but est que ce système de veille devienne un réel dispositif de prévention, quel que soit le niveau d'alerte.

Conformément aux recommandations nationales, une pièce rafraîchie a été mise à disposition dans chacun des établissements gérés par le CCAS (Foyers logement et EHPAD). Pour les quatre foyers logements, celles-ci sont ouvertes aux riverains. En 2009, une pièce rafraîchie complémentaire a été ouverte à la maison des aînés et est donc accessible à tous.

En 2009, 133 personnes étaient inscrites sur le registre, le nombre d'inscrits diminue d'année en année. Il est vrai que la réactualisation consiste à relancer les personnes enregistrées l'année précédente, mais en parallèle des plaquettes et des affiches informant le plus largement possible la population de l'ouverture du registre et sa finalité. Pour 2010, 6 000 plaquettes et 1 200 affiches sont prévues, et doivent être diffusées à la Maison des Aînés, dans les Maisons de quartier, les Centres sociaux, les foyers, les associations partenaires du CCAS, toutes les structures et services municipaux, tous les services d'aide à domicile, mais aussi chez les médecins généralistes et dans les pharmacies. Pour également permettre aux aidants, à la famille, aux voisins ... d'inscrire une personne isolée de leur entourage, une inscription en ligne est aujourd'hui possible.

Avec cette large diffusion et ces facilités d'accès au registre, le CCAS espère toucher plus de personnes. D'autres possibilités pour élargir la cible touchée sont envisageables : en prenant exemple sur une opération marseillaise, la Maison des Aînés pourrait proposer des "kit canicule" qui contiendrait un vaporisateur, des lingettes, des plaquettes d'informations, ... Ce projet serait possible avec le soutien de partenaires privés. Mais la difficulté reste dans le recrutement des personnes très isolées qui ne sont pas touchées par ce genre de communication.

Une nouvelle orientation est donnée à la communication autour du plan canicule de Villeurbanne qui devient un réel message de prévention et de lutte contre l'isolement de la personne âgée. Même si de nombreuses solidarités se sont mises en place spontanément parmi les habitants suite à la canicule de 2003, le mouvement commence à s'essouffler et la lutte contre l'isolement reste une préoccupation actuelle.

Le Plan Canicule 2010 notifie le rôle des communes dans le recensement des personnes vulnérables et insiste sur la définition des personnes concernées, incluant les personnes handicapées, les personnes sans abri et en situation de grande précarité sociale, et les jeunes enfants.

Il est vrai que le registre villeurbannais ne contient quasiment exclusivement que des personnes âgées. Les personnes handicapées ne sont pas identifiées par le CCAS.

Une collaboration avec le service municipal de la petite enfance d'une part, et d'autre part avec les associations comme "Amis de la rue" qui organise des maraudes ou bien les techniciens du SSE en charge de l'habitat qui connaissent les personnes en logement précaire, serait tout à fait possible, même si de tels projets prennent du temps avant d'être opérationnels. Dans un premier temps, la plaquette éditée par l'INPES et à destination du grand public pourrait être diffusée auprès de ces potentiels partenaires qui eux même pourront la diffuser auprès de leur population cible.

D'autre part, comme le rappelle la circulaire : "En raison de l'absence d'épisode de canicule depuis 2006, il conviendra de procéder à une nouvelle sensibilisation des acteurs impliqués dans la gestion de ce plan.". Au pôle de coordination gérontologique du CCAS, l'ensemble des agents est sensibilisé chaque année. En 2010, les agents d'accueil seront particulièrement sensibilisés, car ce sont eux qui doivent transmettre l'information reçue du public et assurer l'inscription effective dans le registre.

- **Les relations et les liens entre les dispositifs**

Relations partenariales internes à la Ville de Villeurbanne :

Les Plans de Continuité des Établissements gérés par le CCAS sont annexés au **Plan Communal de Sauvegarde**, et la fiche de risque "Canicule" du PCS a été rédigée en collaboration avec les acteurs qui gère le Plan Canicule au quotidien.

Résidant dans les mêmes locaux que le pôle de gérontologie du CCAS, à la Maison des Aînés, l'une des ressources satellites de la ville en matière de prise en charge des seniors et personnes âgées est l'Office villeurbannais pour les personnes âgées et les retraités (Ovpar). Cette association Loi 1901 fait surtout de l'animation, leurs cibles sont donc surtout les seniors, or la moyenne d'âge des personnes s'inscrivant sur le registre canicule est de 85 ans. Cependant, l'Ovpar relaye l'information et incite ses membres à l'inscription au registre. D'autre part, le personnel de l'Ovpar est sensibilisé au Plan canicule.

Les systèmes de veille téléphonique et de recensement mis en place par le CCAS pour le Plan Canicule pourraient être élargis dans le cadre du Plan Grand Froid. Mais le frein majeur pour le registre porte sur le partage des données, car la confidentialité du registre canicule doit être préservée ; et pour le système de veille téléphonique, le problème est que les personnes concernées par le plan grand froid sont dans une plus grande précarité sociale que la cible du plan canicule et n'ont pas toujours de contact téléphonique.

De plus, si la décision est prise d'élargir le plan canicule à la lutte contre l'isolement, la veille téléphonique pourrait être effectuée toute l'année.

Relations partenariales externes :

Les alertes sont reçues au CCAS dans une boîte email "canicule" spécifique. Ces alertes concernent au minimum le niveau 2 du dispositif et sont transmises par la préfecture. Les recommandations de l'Etat sont également transmises par ce biais.

Une autre intervention des services étatiques est faite via la DTD de l'ARS. Tous les ans, celle-ci organise une réunion vers les mois de mai ou de juin pour préparer la mise en place du Plan canicule avec tous les acteurs communaux. Mais cela ne suffit pas à clarifier les rôles et à définir les responsabilités clairement en cas de risque sanitaire. Selon les cas, le CCAS doit « changer de casquette », pour exemple : au niveau des établissements d'accueil, les directeurs appliquent les prérogatives de l'Etat, alors qu'au niveau municipal, l'application ou non des recommandations est une décision qui appartient aux maires. Le CCAS doit donc avoir la « double casquette », et fonctionner à deux vitesses.

D'autre part, les villes n'ont que peu de retours des instances de l'Etat en termes de veille. Les acteurs communaux n'ont pas directement accès aux données élaborées par Météo France par exemple, ils n'en prendront connaissance que si l'alerte est déclenchée.

Une gestion post-crise pourrait également être envisagée avec le soutien des services de l'Etat, car les acteurs communaux se sentent démunis face à l'urgence sanitaire. Les villes sont demandeuses de soutien de professionnels de la gestion du risque. A l'heure actuelle, les acteurs municipaux rédigent des plans parce qu'on le leur demande, mais ils ne sont pas formés à la gestion du risque. Il y a une réelle demande de prise de hauteur par rapport aux actions menées pour que la prévention et la gestion des risques sanitaires ne se résument pas à un envoi de document, à annexer les plans aux autres.

A noter également que les MDR ont, elles aussi, un fichier de personnes vulnérables. Pour ces personnes les MDR font des mises à disposition et développent des appels téléphoniques en cas de niveau 2. En réalité, le Conseil général développe aussi son propre Plan canicule. Les registres ne sont mis en commun qu'en cas de déclenchement du niveau 2, mais peut être qu'une mutualisation des moyens est à prévoir de manière pérenne, et non seulement en cas d'urgence sanitaire.

Des collaborations et partenariats pourraient être développés avec les autres acteurs villeurbannais pour le plan canicule et plus largement pour la lutte contre l'isolement. Les associations, bien sûr pourraient être sollicitées, mais aussi les Conseils de quartier, car certains d'entre eux ont des commissions dédiées aux personnes âgées.

v. Le Plan Grand Froid

A Villeurbanne, contrairement au Plan Canicule, il n'y a pas de recensement particulier dans le cadre du Plan Grand Froid. La population concernée est d'ailleurs moins bien connue des services municipaux que celle touchée par le Plan Canicule. Les personnes en grande précarité, notamment les SDF, sont difficilement identifiables. Quant aux personnes vivant dans un logement insalubre, la démarche est plus délicate.

Concernant la veille, les acteurs locaux sont normalement. Mais, en réalité, quand il n'y a pas d'alerte donnée, la veille au niveau communal n'est pas suivie. Il est alors difficile d'anticiper l'alerte.

Si une procédure alerte d'urgence (niveau 3) est déclenchée, c'est le Plan Communal de Sauvegarde qui prend le relais puisqu'il prévoit un scénario pour le risque "Grand Froid". Mais pendant les périodes de niveaux 1 et 2, rien n'est prévu.

Pourtant, deux actions, peu coûteuses, pourraient facilement être menées par le CCAS dans le cadre du Plan grand froid et permettraient d'amorcer un dispositif plus complet :

- Une liste de diffusion peut être constituée, contenant tous les partenaires associatifs qui agissent sur le terrain ("Amis de la rue", services de Police, DSP, Pôle coordination gérontologique du CCAS ...). Cette liste permettrait d'informer tous les acteurs du début de la période hivernale, puis du passage de niveau 1 à 2 ; et de transmettre d'une part les démarches à suivre (appel du 115, rondes supplémentaires, ...), et d'autre part, les recommandations sanitaires.
- Une information du grand public par voie d'affichage et mise à disposition des plaquettes informatives de l'INPES, notamment sur le risque d'intoxication au monoxyde de carbone.

Les seules actions formalisées pour le Plan Grand Froid sont celles figurant dans les Plans Bleus des établissements gérés par le CCAS. Ces plans sont conçus de manière transversale, ce qui permet une prévention globale. Ils sont efficaces surtout dans les EHPAD, mais la liaison est plus difficile avec les foyers logements car il y a moins de présence d'encadrants.

Il est vrai qu'à Villeurbanne, les associations ou même le Grand Lyon sont beaucoup sollicités pour ces problématiques de logement pendant l'hiver. Le maillage associatif est

important et la collectivité a tendance à se reposer sur ce réseau, alors même que l'action gagnerait à être mieux organisée.

- **Les relations et les liens entre les dispositifs**

Le seul partenariat engagé par la ville et s'inscrivant, plus ou moins, dans le cadre du Plan grand froid, fait l'objet d'une convention avec l'association "Les amis de la rue". Cette convention permet la subvention annuelle de cette association mais aussi le financement d'un projet particulier, celui des maraudes en binôme avec le Samu social. Le CCAS cofinance le poste d'un travailleur social pour effectuer des maraudes avec le Samu Social tous les mercredis matin. Lors de cette intervention, l'équipe incite les personnes rencontrées à se rendre à l'accueil de jour tenu par l'association l'après-midi même. Cela permet de renforcer le lien mais aussi d'apporter une réponse immédiate aux besoins (alimentation, douche, hébergement), et de construire un travail d'accompagnement. En effet, pendant les permanences d'accueil, les assistantes des services sociaux et le médecin peuvent recevoir les personnes qui se présentent, et amorcer un suivi médico-social.

Le but de cette maraude est également de faire un état des lieux, d'arriver à cerner les besoins de la population précaire, de repérer les personnes les plus vulnérables, d'acquiescer une connaissance plus fine du territoire avec une perspective d'exploration du territoire dans son ensemble. Une attention plus particulière pourra être portée sur les SDF vieillissants et un nouveau public en rupture de logement beaucoup moins visible : les travailleurs pauvres. Ce repérage pourrait aider à la constitution d'un registre.

Un bilan est effectué régulièrement avec "Les amis de la rue" et le CCAS. L'une des grosses difficultés qui y est rapportée est la perte de temps lors des accompagnements dans les points hygiène/santé, les restaurants sociaux, les centres d'hébergement d'urgence ... Toutes ces structures se trouvent sur Lyon, aucune réponse n'est prévue sur Villeurbanne, et malgré les obligations légales il n'y a pas de CHRS sur la ville. En plus de la perte de temps due aux transports, le fait d'amener les personnes à Lyon peut fortement les perturber. En sortant, ils ne reconnaissent plus leur environnement, certains, pour lesquels la mémoire est abolie, sont complètement perdus et ne savent pas rejoindre Villeurbanne. La création d'un hébergement d'urgence est donc fortement envisagée sur Villeurbanne, en collaboration avec la DDASS et les associations, mais ce projet ne reste qu'à l'état embryonnaire depuis plusieurs années.

Bien qu'il n'y ait aucune action formalisée dans le cadre du Plan grand froid, des rencontres avec l'ensemble des acteurs permet l'information mutuelle de ce chacun met en place. Par exemple, la Police (Nationale et Municipale), conformément au plan grand froid, fait directement appel au 115 s'ils repèrent un SDF dehors en période hivernale.

En cas de températures extrêmes, les maraudes supplémentaires sont effectuées par les associations lyonnaises qui élargissent leur périmètre d'intervention aux périphéries de la ville.

Aujourd'hui, la mairie ne propose qu'une couverture technique alors qu'il faudrait une couverture socio-technique. Une coopération entre le CCAS et la DSP serait possible pour constituer le registre.

Il semble donc qu'il y ait les ressources nécessaires, mais comment les raccrocher ensemble? Comment mieux collaborer entre services et articuler les interventions ? Les acteurs municipaux sont bien conscients qu'un groupe de travail est à construire, mais il est difficile de mener un travail sans s'inscrire dans ce qui existe dans l'agglomération lyonnaise.

c. La définition d'une stratégie : propositions

La multiplicité des plans et des programmes de santé, des axes stratégiques rend difficile l'identification des priorités. Il est donc important de bien distinguer le travail de programmation, qui est une méthode de travail, de la définition des priorités qui requiert un effort spécifique et ponctuel.

En termes de contenu :

Le Plagus de Villeurbanne pourra comporter plusieurs volets :

- ✓ Un volet « veille et alertes » :

Cette partie fait référence au PRSP et au Pragus, notamment concernant le développement et / ou le renforcement des partenariats avec l'ARS et autres structures étatiques du champ « risque sanitaire », notamment la Préfecture et le Service Interministériel de Défense et de Protection Civile (SIDPC). En effet, le Pragus a pour objectif, notamment, le développement des partenariats avec les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) et les services de médecine scolaire, dans le but de construire avec les institutions un échange régulier d'informations fiables

Ce volet peut contenir, notamment, le processus de mise à jour des annuaires, outils indispensables pour la bonne diffusion de l'alerte.

- ✓ Un volet « gestion de crise » :

Le but de cette partie est de mettre en lien les plans et procédures existantes sur la Commune, d'assurer leur lisibilité et leur fonctionnement cohérent, sachant que le PCS doit rester la référence.

Le Plagus pourrait être mis en annexe du PCS au même titre que le plan de continuité de l'activité. Pour être complémentaire du PCS, il doit s'attacher aux conséquences sanitaires des risques.

Une attention particulière sera portée sur la communication. La politique de communication est devenue la pierre angulaire de tout dispositif d'alerte et gestion des urgences sanitaires. Il convient donc d'être très attentif à la mise en place d'une communication unique et performante susceptible de résister et contrecarrer les fausses informations et rumeurs que ne manquent pas d'induire les crises et urgences sanitaires.

Ce volet comportera, entre autres, les mises à jour à effectuer dans les procédures "maladies infectieuses" et "santé environnementale" de la DSP.

- ✓ Un volet « post crise » :

Ce volet permettrait de compléter l'existant, de prendre le relais des plans déjà en place, d'assurer une continuité dans la prise en charge des citoyens et la gestion des risques.

Mais le "post crise" ce n'est pas seulement les actions mises en place après la crise, c'est aussi la phase de debriefing qui permet de tirer des leçons de ce qu'on vient de faire, et de réfléchir à comment on pourrait s'améliorer pour la prochaine fois.

Des procédures peuvent établir la mise en place de sessions de partage d'expérience puis de mise en place de mesures correctives.

Le "post crise" est une phase qui est considérée de plus en plus comme importante, la culture évolue et le besoin d'amélioration continue est reconnu. Les retours d'expérience sont très utiles, les remarques qui y sont formulées sont bien souvent très pertinentes puisque elles s'appuient sur un terrain réel.

En termes de pilotage :

Le pilotage se construirait en deux parties :

- **La DSP, pilote du plan dans sa globalité**, en partenariat avec les services de l'Etat

Pour ne pas épuiser les acteurs déjà sollicités dans d'autres instances de concertation (ASV), le pilotage du PLSP dans son ensemble sera assuré à la DSP par un chargé de mission par exemple.

En revanche, dans l'objectif d'une contractualisation, il serait intéressant d'associer l'ARS dans la démarche ainsi que la préfecture, qui seront tous deux signataires.

- **Un comité technique spécifique** pour le Plagus

La spécificité des problématiques de gestion du risque amène à la constitution d'un comité technique composé de spécialistes en la matière :

- à la Préfecture : le SIDPC est le service spécialiste en la matière, mais le problème est que son rôle est départemental, et il ne peut faire de différence entre les communes. La participation de ce service se résumera donc à son appui technique et à son avis,
- à l'ARS : plateforme CRVGS et soutien du service zonal,
- à Ville de Villeurbanne : la DPMS.

d. Illustration : les inondations dans le PLAGUS de Villeurbanne

Les inondations sont souvent des événements naturels qui concernent plusieurs communes à la fois. L'action de la commune est donc limitée dans la gestion et la prévention des risques naturels car l'emprise dépasse largement son propre territoire.

Dans une logique de bassin de risque, le Plan Rhône a pour objectif notamment de mettre en place une stratégie globale de prévention du risque d'inondation à l'échelle de la vallée du Rhône. Le Plan Rhône est un espace de projet commun, qui réunit de nombreux acteurs intervenant sur le bassin du Rhône (l'État, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon et le Comité de Bassin Rhône-Méditerranée). Il apporte plus d'homogénéité aux démarches déjà initiées par chacun et permet une approche globale à l'échelle du bassin de risque.

Envisagées à l'échelle du bassin de risque, la prévention et la gestion des risques naturels pourraient constituer un des objectifs de coopération et d'entraide entre les communes à l'échelon supracommunal si les communes étaient mieux impliquées dans cette démarche.

Villeurbanne est concerné de près par le risque inondation. En une vingtaine d'années, la ville a déjà connue deux inondations :

- en 1996 : inondations par crues,
- en 2005 : inondations de bâtiments par remontée de nappe.

C'est pour faire face à de tels événements, que le PCS a été développé. Les PCS sont des outils de gestion de crise donc l'évènement indésirable est survenu. Dans le cas des inondations en Vendée, un PCS, aussi efficace soit-il, n'aurait pas empêché les inondations, mais aurait permis un meilleur accompagnement de la population dans la détresse.

Pour essayer de prévenir de telles catastrophes, il faut développer les systèmes de veille, de signalement et d'alertes, et respecter les prérogatives des PPRI.

Un PPRI influe sur les politiques d'urbanisme des Villes. Mais ce coût supplémentaire pour la prévention/protection, n'a pas de contrepartie assurantielle. Les collectivités font donc souvent preuve de peu d'enthousiasme vis-à-vis du PPRI.

Nous l'avons vu dans le cas de la tempête Xynthia : le déficit des Communes en la matière peut avoir de graves conséquences. Reprenons l'exemple de cette commune de la Faute-sur-Mer, son conseil municipal avait décidé, le 19 novembre 2009, de demander à la Préfecture de retarder la mise en œuvre de l'enquête publique du projet de plan de

prévention du risque inondation de l'estuaire qui visait à réduire les zones d'urbanisation et à encadrer avec plus de rigueur les possibilités de construction.

Les évènements qui ont suivi doivent rappeler l'importance d'une action volontariste de l'Etat pour pallier à ce déficit des municipalités. Une telle action ne doit pas se limiter aux territoires sinistrés, mais être étendue à l'ensemble des territoires exposés, même en l'absence de sinistralité récente. (18)

Villeurbanne ne fait pas exception en la matière. La Ville s'inscrit dans un PPRI, rédigé par le Service Navigation Rhône-Saône, service déconcentré de l'État rattaché au Ministère chargé des Transports, pour le Grand Lyon. C'est d'ailleurs par l'application du PPRI que l'élaboration du PCS a été rendue obligatoire. Ce PPRI a été approuvé par anticipation par le Préfet en 2004, ce qui a eu pour effet immédiat de déclarer certaines zones comme "non constructibles". Face à la pression des citoyens et au lobbying des promoteurs immobiliers, cette zone a été réduite sur un périmètre géographique moindre mais a été maintenue.

Le risque inondation s'inscrit donc à la fois dans le PCS et dans le Plagus. Nous l'avons vu dans sa définition, le risque inondation est un risque sanitaire, mais pas uniquement, il peut également relever de la sécurité civile. On peut alors se poser la question de qui ou de quoi relève la gestion de ce risque.

A travers cet exemple, il apparaît que le partage des compétences n'est pas clairement défini, et que les relations entre les différentes institutions n'en sont que plus complexes. Les préfetures gèrent les mesures de protection des personnes, les situations d'urgence et la gestion de l'ensemble des risques. Les ARS doivent leur prêter main forte en ce qui concerne les risques sanitaires. Mais qui pilote la prévention des risques ? Qui gère les situations de crise sanitaire ? Les ARS ou les préfetures ?

Cette réflexion peut se transposer à tous les échelons de territoire :

Au niveau d'une commune, que prend en charge le PCS et la DPMS et que prend en charge le Plagus ? Où s'arrêtent les compétences de l'un ? Quand l'autre doit prendre le relais ?

L'absence de réponse à ces questions a été flagrante lors de la récente crise de la grippe A. Pendant cet évènement de grande envergure, cela était surtout notoire au niveau national. Le ministère chargé de la santé et celui de l'Intérieur, ne pouvant se résoudre à laisser la responsabilité à l'autre, décidaient tous deux des actions à mener. Le ministère de l'Intérieur sait déployer des moyens et gérer l'urgence, celui chargé de la santé possède l'expertise et détient les forces vives hospitalières, médicales et paramédicales. Mais « tous deux » ne veut pas dire « ensemble » et une perte de temps considérable peut être provoqué par les va et vient entre ministères.

VI. Des interrogations dans un contexte instable

a. Quel contenu pour un Plagus ?

Le point le plus innovant dans les propositions formulées est celui concernant l'aspect « post crise » du Plagus. Pour les acteurs qui gèrent le quotidien, les acteurs de terrain, le développement de cette phase paraît tout à fait adapté et nécessaire. Il l'est donc pour les acteurs communaux.

Il est aussi crucial pour les instances en cause. A défaut, la « crise après la crise » pourrait réserver de bien mauvaises surprises en termes de crédibilité. (20)

Deux temps sont à prévoir :

- un temps pendant lequel les équipes pourront exprimer leurs impressions, leurs sentiments, mené par le manager qui connaît ses équipes, est nécessaire pour évacuer les tensions et arriver à une réflexion plus positive,
- un second temps dédié à un réel retour d'expérience constructif, animé par un consultant, une personne extérieure capable d'avoir un minimum de recul sur les événements.

Pour aller plus loin, des initiatives de retour d'expérience avant même la fin de la crise, permettrait de corriger en temps réel les erreurs de trajectoires repérées. Il s'agirait d'avancer en se posant les bonnes questions et en intégrant les dynamiques d'acteurs, les maillages de proximité, les questions éthiques, ...

Les exemples d'efficacité des retours d'expérience sont nombreux, et ils sont d'autant plus efficaces, qu'ils intègrent des professionnels spécialisés dans la gestion des urgences et des crises, mais aussi des non spécialistes apportant un regard différent.

Un plan axé sur le « post crise » permettrait également une évaluation. L'intégration des impératifs de l'évaluation dans la culture de prévention et de gestion des risques gagnerait à progresser, car elle constitue à la fois une exigence démocratique quant au bon usage des deniers publics et une nécessité pour établir la pertinence et l'efficacité des réalisations.

Un plan est le fruit d'une prévision. La qualité de cette dernière est donc déterminante pour la pertinence d'un plan. Mais le plan le plus pertinent ne peut jamais cadrer parfaitement avec la réalité des situations qu'il a mission de maîtriser. L'oublier est un piège dans lequel il ne faut tomber, les retours d'expérience et leur analyse constituent de bonnes piquûres de rappel.

A Villeurbanne, le PCS permet déjà la maîtrise de quatre axes :

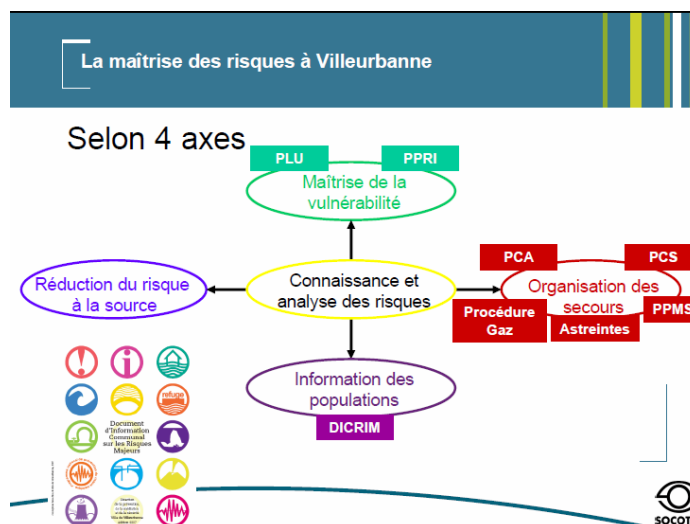


Figure 5 : La maîtrise des risques à Villeurbanne

Source : Formation PCS, DPMS, Ville de Villeurbanne, 2009

Le Plagus permettra d'ajouter un 5^{ème} axe grâce aux retours d'expériences, celui garantissant l'adaptabilité, l'évolution et l'évaluation des réponses concernant les risques sanitaires.

Le « post crise », le retour d'expériences, le debriefing, ... doit être développé, et l'ensemble des spécialistes sont unanimes à ce sujet. Ce qui fait moins consensus est son apparition dans un plan.

Pourtant les retours d'expérience permettraient d'éviter ce que Patrick Lagadec qualifie de « pièges » inhérents aux plans (21). Comme celui du « plan parfait » qui ne laisse la place à aucune surprise, aucun grain de sable, une connaissance parfaite, une liaison parfaite, une entente parfaite, une rationalité irréprochable de chacun et de tous, l'absence totale de jeux de pouvoirs.

Le contenu d'un plan est, certes, très important. Pour autant, si le plan écrit est la finalité d'un travail, il ne devrait en être l'aboutissement. C'est le deuxième piège évoqué par Patrick Lagadec qu'il appelle le « plan papier » (21).

Dans notre culture, l'accent est souvent mis sur le document papier qui sera distribué aux acteurs et qui vaudra texte de référence commun. Mais il faut à tout prix éviter l'application par tous de ce qui a été concocté par quelques uns.

Dans la culture anglo-saxonne, la notion de plan laisse place à une autre perspective, celle du « planning », qui permet de se placer dans un processus plutôt que dans du finalité en soi.

Quoi qu'il arrive, quelque soit les pressions politiques ou de temps qui s'exercent, au cours de la rédaction d'un plan, il ne faut jamais omettre les trois principes le régissant (22) :

- **Planification**, parce qu'il faut prévoir les grandes lignes,
- **Formation**, parce qu'il faut que tout le monde connaisse ces grandes lignes,
- **Adaptabilité**, parce que la situation est rarement ce qu'on avait prévu.

On peut également se questionner sur la pertinence d'une organisation différente des plans. Ils ne seraient plus déclinés par thématique mais de façon plus transversale. Un peu à la façon du plan Orsec, les plans de risques sanitaires pourraient comporter un

« tronc commun ». Dans ce cadre, un volet « post crise » dans le tronc commun de tous les plans prendrait tout son sens.

Mais, l'existence sur le papier des dispositifs n'est pas suffisante, il faut encore que les mécanismes aient été effectivement mis en place, qu'ils fonctionnent, et que chacun se les soit appropriés.

b. Quelle gouvernance et quel pilotage ?

Les crises actuelles mettent en jeu des « tissus », des réseaux et non plus des mécaniques hiérarchiques. Leur management va donc nécessiter plus de fluidification, la communication « top down » n'est plus suffisante. Le pilotage est primordial pour l'efficacité d'un plan, il doit être réfléchi en tant que tel, il doit être adapté à chaque situation. C'est le point le plus critique et plus la situation est grave, les enjeux potentiellement importants, plus les outils ont besoin d'être pilotés.

Là aussi le retour d'expériences peut être utile, et pour construire un mode de pilotage pertinent, on peut s'inspirer des expériences déjà menées.

Cependant, le pilotage du Plagus ne peut pas être pensé sans celui du PLSP dans lequel il est inclus, faute de provoquer une dichotomie troublante.

La Ville de Villeurbanne dispose par ailleurs d'autres instances nécessitant ce type de gouvernance. A l'image de la démarche des ASV où le Comité de pilotage est présidé par le maire et animé par l'adjoint au maire chargé de la promotion de la santé. Il réunit :

- les 9 adjoints et 7 conseillers municipaux délégués concernés par les thématiques développées par les ASV,
- la direction générale des services,
- la 3DVQ et la DSP.

Compte tenu du développement et de l'étendue de la démarche des ASV, son pilotage est complexe et comporte de multiples instances, groupes, et commissions.

Cette organisation est représentée sur les organigrammes en Annexe 6.

Dans le cadre du PLSP et du Plagus, un tel système de coordination tentaculaire n'est pas envisagé puisque l'envergure de ces plans n'est pas la même que celle des ASV. De plus, la volonté de contractualisation ne rend pas possible la constitution d'un comité de pilotage uniquement interne à la collectivité.

Nous noterons que le comité de pilotage interne des ASV ne s'est pas réuni en 2009. Les instances aussi lourdes que celles-ci doivent donc être réunies exceptionnellement, car on voit bien la difficulté de mobiliser tous ces acteurs en même temps. De plus, le travail qui leur est présenté doit être bien avancé et détaillé par les comités techniques et groupes de travail, car si le comité de pilotage peut prendre des décisions, il ne peut refondre les actions ou la réflexion dans le fond. L'exemple des ASV nous permet de réaliser l'importance de petits groupes de travail.

Multiplier les groupes n'est pas un problème, du moment que le **rôle de chacun est bien délimité et défini**. Ces groupes permettent à des spécialistes, à des professionnels de se réunir pour parler d'un sujet qui les intéresse et les concerne vraiment, le travail peut donc avancer. Les instances avec les décideurs politiques ne doivent intervenir que dans un second temps.

Si la démarche des ASV fonctionne aujourd'hui à Villeurbanne, c'est en parti grâce au coordonnateur qui permet l'articulation de tous les acteurs et partenaires. Une organisation similaire, reposant sur la DSP et un chargé de mission est envisageable pour le PLSP.

Autre exemple de gouvernance dans un champ différent de celui de la santé : les Contrats Locaux de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CLSPD).

La création des CLSPD était destinée à simplifier et à renforcer la coopération locale, d'abord entre l'Etat et les collectivités territoriales, mais la base partenariale s'est rapidement élargie à d'autres acteurs (transports, bailleurs sociaux ...). Cependant, une ambition excessive peut être contre productive. Pour les CLS, la mission interministérielle d'évaluation dressa, en juillet 2005, le constat que, selon les départements, un tiers à la moitié des CLS étaient « dormants ». L'une des causes est le manque d'animation et de suivi. Le dynamisme d'un CLS dépend de l'engagement des élus locaux et de l'Etat, mais l'étendue et l'intensité du partenariat qu'il tend à promouvoir s'appuie sur un coordonnateur qualifié chargé de l'animer. C'est le même constat dans le champ de la santé et la démarche des ASV. A Villeurbanne, la démarche est très active et les actions étendues, mais cela tient aux moyens humains qui le sous-tendent. **On peut alors craindre que le PLSP, qui plus est ambitieux car constitué de 3 volets bien distincts, reste une coquille vide faute d'animation spécifique.**

En 2009, les CLS sont remplacés par la nouvelle formule « stratégie territoriale de sécurité et de prévention de la délinquance » (STSPD). Mais ce changement de dénomination n'a pas modifié les modalités de pilotage. La gouvernance de la STSPD s'organise autour de 3 types d'instances :

- Le Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CLSPD) – Instance stratégique de décision, de validation et de contrôle.
- Le comité de suivi (groupe restreint) – Nouvelle instance opérationnelle de coordination, d'étude et d'orientation.
- Les cellules de Veille Territoriale / Cellules de Veille Thématique (CVT / CVTh) – Instances opérationnelles pluridisciplinaires d'expertise, d'alerte, et de réalisation.

L'organigramme est présenté en Annexe 7.

Ici encore, on voit l'importance de séparer les instances décisionnelles des comités restreints et des groupes de travail, plus techniques.

Les courants de pensée actuels mettent en avant les bénéfices de la démocratie participative. Pourtant les propositions de gouvernance du PLSP formulées dans ci-dessus ne développent pas cette dimension.

Si la participation des citoyens n'est pas envisagée dans le pilotage général du PLSP, ni pour celui spécifique au Plagus, elle l'est pour le volet Santé Environnement.

La prise en compte des habitants dans les politiques locales peut se faire selon trois niveaux différenciés : consultation, information, implication.

La consultation des habitants améliore la connaissance des problématiques locales et de la demande sociale. La diffusion de documents d'information à destination des citoyens permet d'aborder la dimension préventive et pédagogique. Enfin, la participation des habitants tend à leur confier un rôle d'acteur et est plus difficile à organiser. Révélatrice des ressources que peut constituer la mobilisation citoyenne, cette participation, pour constituer un investissement durable, suppose d'être encadrée et accompagnée, notamment en termes de formation.

C'est bien cela qui envisagé à Villeurbanne avec la constitution de groupes de citoyens éclairés. Les modalités restent à définir, mais cette démarche va encore plus loin dans la démocratie participative, et devrait permettre une appropriation plus forte par les citoyens.

Cependant, les risques de cette manifestation de démocratie sont réels, la constitution de milices privées ou les réactions d'auto-défense doivent l'objet d'une attention particulière de la part des organisateurs.

c. Quelle place pour le Plagus dans la contractualisation ?

i. Le passage d'un plan à un contrat : exemple de la STSPD

Le Plan national de prévention de la délinquance et d'aide aux victimes 2010-2012, paru le 2 octobre 2009, définit les STSPD : elles seront concentrées sur les objectifs prioritaires issus des diagnostics locaux, et constitueront à l'échelle communale la voie normale de contractualisation entre les collectivités territoriales et l'Etat. La contractualisation n'est cependant plus obligatoire, les STSPD ne feront l'objet d'un contrat avec l'Etat que si le CLSPD le décide. A Villeurbanne, celui-ci a décidé de maintenir la contractualisation et la signature du document. Même si la signature n'est plus obligatoire, elle formalise et signifie l'engagement. Si la contractualisation n'entraîne aucune sanction, elle constitue un mémo utile lors des points d'étape pour re-mobiliser les partenaires si nécessaire.

La Stratégie territoriale de sécurité et de prévention de la délinquance (STSPD) (38) de Villeurbanne comprend un plan d'action avec 31 fiches d'action. 26 actions sont aujourd'hui d'ores et déjà engagées. Elles s'organisent toutes autour de 4 grands axes :

- Axe 1 : Pilotage et outils du dispositif
- Axe 2 : Prévention sociale et sociétale
- Axe 3 : Information et soutien aux personnes
- Axe 4 : Sécurisation des biens et des personnes

Alors que le Pragus insiste beaucoup sur le renforcement des systèmes de veille sanitaire, on voit qu'en sécurité civile comme en sécurité sanitaire l'observation et la connaissance de l'environnement deviennent des priorités. En effet, l'une des mesures phare de la STSPD porte sur la création d'un Observatoire de la sécurité. La création de cet observatoire consiste en la création d'un outil informatique permettant le traitement quantitatif de données, doublé d'une approche géographique et qualitative. Les objectifs sont, notamment, de disposer d'un outil de diagnostic quasi permanent, et de développer la transversalité entre services de la ville et l'interopérabilité avec les partenaires.

Ainsi les questions qui ont été soulevées lors de la réalisation de la STSPD sont les mêmes que celles actuellement en débat pour le CLSP.

➤ Avec qui contractualiser ?

Villeurbanne on a choisi d'associer cinq partenaires principaux, qui sont les mêmes que ceux du CLS, et **de ne pas élargir** aux représentants associatifs ou consulaires : la Préfecture du Rhône, le Conseil général du Rhône, le Parquet de Lyon, l'inspection académique du Rhône, et la ville.

La signature devrait avoir lieu durant l'été 2010.

➤ Sur quels critères est acceptée la signature du contrat ?

Les principaux critères auxquelles s'attachent les différents signataires sont :

- le plan d'action doit respecter et être en cohérence avec les éléments du DLS (Diagnostic Local de Sécurité),
- une évaluation des actions doit être prévue.

Dans le cas présent, le principal frein à la contractualisation est la fiche action qui porte sur la vidéo-protection. Dans un premier temps, celle-ci s'intitulait « vidéosurveillance », terme qui n'est plus usité par les ministères et qui traduit un concept auquel le gouvernement dit ne pas adhérer, il a donc été remplacé par « vidéo-protection ».

D'autre part, la STSPD de Villeurbanne proposait une étude d'opportunité-faisabilité. Le Plan national réaffirme la volonté de développer la vidéo-protection en lui consacrant un montant de 20M€ en 2010 contre 10 à 12M€ les années précédentes. Le gouvernement émet donc implicitement le souhait que les communes soient pro-actives sur cette question, et une simple étude de faisabilité ne semblait pas satisfaire pleinement cette volonté. Des négociations entre signataires se sont donc déroulées pour aboutir à un

consensus : conformément aux principes gouvernant la gestion de projets, une évaluation préalable sera réalisée (objectifs - moyens - résultats). Les questionnements sur l'efficacité de la vidéo-protection, ainsi que l'impact sur le budget communal (installation, fonctionnement, personnel, entretien, ...) confirment cette nécessité. Aussi, une étude approfondie sera réalisée (diagnostic circonstancié, atouts et limites / modalités d'exploitation, coûts, critères de suivi et d'évaluation, ...). L'étude pourrait être réalisée par un cabinet extérieur sur la base des options proposées par le commissariat et la ville.

➤ *Sur quels territoires ?*

La STSPD concerne l'ensemble de la commune, le rôle du Maire est d'y maintenir la sécurité mais aussi d'y assurer la prévention. La STSPD est une application locale faite au regard des cibles prioritaires (les mineurs par exemple) et des thèmes retenus sur l'ensemble de la ville, plutôt que sur des micro-territoires que sont les quartiers. Cela dit, l'articulation avec le CUCS est constante. D'ailleurs la responsable du CUCS fait partie du comité de suivi, et le CUCS comporte un volet "sécurité" important. La coordination entre les 2 démarches est assurée au quotidien par le chargé de prévention. Le but des CLS de nouvelle génération était, entre autre, d'assurer une meilleure articulation entre les procédures, et les quartiers prioritaires du CUCS devaient constituer la géographie de référence des CLS, même si d'autres quartiers pouvaient être pris en compte. Mais les retards se sont accumulés pour la définition de la nouvelle géographie prioritaire, et Villeurbanne a marqué sa position politique en construisant son CLS pour l'ensemble de la ville.

Pour le CLSP, un choix va devoir être fait de la même façon, car le CUCS contient également un volet « santé ». Pourtant, aux vues des axes définis pour le PLSP et de la transversalité des actions et mesures, **il semble difficile de se cantonner aux quartiers prioritaires**, qui bénéficient, qui plus est, d'actions dédiées.

ii. La contractualisation du Plagus permettrait l'amélioration de la performance du dispositif régional.

Même si les contrats n'entraînent pas de sanctions, ils sont basés sur des diagnostics territorialisés, et ce genre de travail permet de dépasser les clivages professionnels. L'appropriation par les acteurs locaux permet d'améliorer l'efficacité des dispositifs car ils créent le débat, ils permettent de croiser les informations pour avoir tous les regards au niveau local.

De plus, le diagnostic territorialisé permet d'avoir plus de poids grâce à ces constats factuels. Ce n'est plus une histoire de volonté politique, ce n'est pas un effet de mode : ce sont des faits. Ce pragmatisme est très utile lors des négociations avec les partenaires.

Or, en termes de gestion de risques les partenaires sont nombreux, et les négociations prennent en compte des enjeux économiques importants. Il serait donc souhaitable que le Plagus figure dans le contrat.

L'élément le plus préoccupant à l'heure actuelle est la place de la gestion des risques dans les nouvelles politiques de santé publique. Le volet « promotion à la santé » du PLSP fera partie de la contractualisation et sera sans doute même le principal thème. La santé environnementale est un sujet fédérateur, on peut donc imaginer qu'il occupe une place dans la contractualisation. Mais la gestion des risques arrive bien après, me semble-t-il, dans les priorités politiques actuelles qui sont définies par la nouvelle loi "Hôpital Patient Santé Territoire".

d. Quelle légitimité pour les Villes ?

En termes de sécurité sanitaire, comme ailleurs, le maire est et demeure l'autorité de proximité. Il connaît sa population et celle-ci le connaît, c'est une relation de confiance et de solidarité.

Le rôle du maire dans une crise majeure apparaît essentiel, même si les schémas officiels ne l'ont pas encore intégré à sa juste place. Il convient d'y remédier par des démarches constructives et partenariales. L'administration préfectorale doit également s'engager fortement et activement, en associant étroitement les maires à toutes initiatives prises par les services de l'Etat.

C'est l'un des enseignements importants des crises actuelles qui nécessitent à la fois un fort investissement de l'Etat, y compris au plus haut niveau, et qui exigent également une action de proximité efficace et soutenue.

L'échelon de proximité est donc aujourd'hui reconnu comme légitime en santé, et la vision de la santé comme facteur de développement local semble résonner de façon favorable pour les élus ou les professionnels. Elle permet de décaler le discours « santé = soins » et d'ouvrir alors la porte à la réflexion à la santé globale sur un territoire.

L'approche locale permet de comprendre le rôle du contexte social. Avec des variations suivant la configuration socio-urbaine (taille de l'agglomération, démographie médicale ...), les villes restent dans tous les cas, l'un des cadres les plus pertinents pour impulser une politique de santé appréhendée d'un point de vue global.

Ce cadre permet :

- de mieux repérer les problématiques locales : le territoire de proximité est un lieu d'observation privilégiée,
- d'expérimenter des modes opératoires innovants et « personnalisés »,
- de réduire les inégalités en donnant la parole aux populations.

L'un des enjeux actuels est de donner aux collectivités territoriales une place reconnue.

La nécessité d'agir sur tous les déterminants de la santé, beaucoup ne relevant pas de notre système de santé, et l'aménagement du territoire en est une composante forte (mais pas la seule), l'importance de se situer au plus près de chaque citoyen et l'exigence de s'inscrire dans des dynamiques faisant participer les acteurs du plus petit niveau de découpage territorial, à savoir la commune, rendent cette orientation indispensable. (2)

Conclusion

Bien que tout reste encore à faire pour rendre le "Plagus" de Villeurbanne opérationnel, ce plan ambitieux montre, dans tous les cas, la volonté des acteurs communaux à être pro-actifs, force de proposition, et à anticiper les prérogatives de l'Etat en envisageant d'ores et déjà la contractualisation.

La Ville de Villeurbanne s'est appropriée la problématique de gestion des risques sanitaires en construisant un plan basé sur l'existant, sur un diagnostic complet et partagé avec les acteurs directement impliqués. Ce plan contribue à améliorer la performance du dispositif national et régional car il permet la coordination des acteurs de proximité et propose :

- un axe autorisant l'évaluation et l'évolution des composantes du plan,
- une gouvernance assurant l'animation, la mise en œuvre et le suivi de la démarche,
- une contractualisation légitimant les actions, susceptible d'apporter des fonds supplémentaires, et améliorant la mobilisation des partenaires.

Les initiatives innovantes comme le Plagus impulsent des dynamiques positives mais nous devons rester vigilant. En effet, *" on crée des plans pour tout, on crée de nombreux plans et, bien souvent, ces plans n'ont pas le vécu de leur utilisation. Les plans sont bons lorsque l'on s'en est servi, quand on les modifie "*. (21)

La gestion des risques se développe, et avec elle rime bien souvent la gestion de crise. Mais l'omniprésence de la crise ne pourrait elle pas conduire à négliger des problématiques de santé publique qui sont, elles aussi, de réelles urgences sanitaires. Le nombre de victimes qu'engendre le tabac, l'alcool, les accidents de la route, ..., montre que de véritables catastrophes peuvent être tolérées et ne pas se muer en crise. (33)

Nous basculons alors vers la prévention santé. "Parent pauvre" du système de santé français, reconnu comme l'un des meilleurs au monde, la prévention santé peine à s'imposer.

Le Professeur Pierre Carli (Chef du service d'anesthésie réanimation, hôpital Necker-Enfants malades (AP-HP), Chef du Samu de Paris), nous invite à nous questionner: *"Nous assistons à l'heure actuelle à une planification à l'extrême de l'implanifiable"* (21). Mais alors, jusqu'où doit on aller ? La planification forme un cadrage très strict, une plus grande souplesse ne permettrait elle pas de développer l'esprit citoyen ? Ne va-t-on pas trop loin dans l'institutionnalisation ? Les politiques de santé en général en France ne risquent elles pas de devenir contre productives ?

Même si l'équilibre est difficile à trouver, les collectivités territoriales ont un rôle à jouer dans le développement des politiques de prévention, mais il faut veiller à ne pas les rendre trop oppressantes, et réussir à maintenir, voire à développer, les élans de solidarité qui sont bien souvent, les actions les plus efficaces.

Bibliographie

1. ANDRE L et FARACO B, « Pensées aménagistes, normes internationales : territorialisations et distorsions du référentiel dans les politiques urbaines de développement durable », in ASSOCIATION FRANCAISE DE SCIENCE POLITIQUE, *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action territoriale (groupes « Politiques publiques » et « Local et Politique »)*, 15 & 16 juin 2006 à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble.
2. BOURDILLON F. (sous la direction de), 2009. *Agences Régionales de Santé. Promotion, prévention et programmes de santé*. Saint Denis : INPES, coll. Varia, 192 p.
3. BOUSQUET R et LENOIR E, 2009. *La prévention de la délinquance*, Editions PUF.
4. BRETON C et MARCHE C, 2001, « Une aide à la décision pour le choix des interventions en zone inondable au Québec », *Revue des Sciences de l'Eau*, n°14(3), pp. 362-380.
5. CHAMPON M, 2003, *Les collectivités locales et les risques naturels : connaissance, prévention, gestion de crise, réparation*, Imprimerie Nationale, Paris.
6. CLOAREC AL, 2006, *La gestion des risques majeurs : le Document d'Information Communal des Risques Majeurs et le Plan Communal de Sauvegarde pour la mairie d'Albi*, mémoire IGS, ENSP, 109p.
7. COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, 2008, *Le médecin et les urgences sanitaires*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Montréal, 20p.
8. COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES, 2000, *Communication de la Commission sur le recours au principe de précaution*, 30p.
9. DE THE C, GRANDGUILLOT G, GRESLE A, JEDOR B, JORET JC, LORET JF, NGUYEN B, SIMON DELAVELLE F, 2008, « Gestion des risques et des crises : les outils réglementaires et opérationnels », *TSM*, n°10, pp. 47-67
10. Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles, Sous-direction de la gestion des risques, Décembre 2006, « GUIDE ORSEC DÉPARTEMENTAL : MÉTHODE GÉNÉRALE. »
11. FLAHAULT A, 2009, « Les crises de la santé : Gestion d'une crise sanitaire, l'exemple du chikungunya », *Les tribunes de la santé*, n°22, pp. 53-66
12. GLUCINA K, BONNARD R, BAHRIA N, VIGUIE P, LE HALPERE P, DAMIANI P, BOUALNGER G, 2008, « Gestion de crise : anticipation et réactivité, retour sur les expériences », *TSM*, n°10, pp. 39-45
13. GOIN C, 2007, *Elaboration du volet Risques sanitaires de type infectieux des Plans Communaux de Sauvegarde. Application à la commune de Chateaubourg (35)*, mémoire IGS, ENSP, 68p.
14. GRAND A, pour le bureau de la CRS, « Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Urgences Sanitaires », Avis de la Conférence Régionale de Santé, 15 mai 2006, 6p.

15. GUYOT JC et HERAULT B, 2001, *La santé publique, un enjeu de politique municipale*, Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.
16. InVS, « Numéro thématique - Été 2006 : premier épisode caniculaire majeur après la catastrophe de 2003 », *BEH*, n°22-23 (5 juin 2007), pp. 189-204
17. InVS - GROUPE DE TRAVAIL -, *L'alerte sanitaire en France - Principes et organisation* -, Mai 2005, Rapport version préliminaire, 77p.
18. JOUANNEAU H, 2010, " Après la tempête Xynthia, Nicolas Sarkozy annonce des mesures, dont plus aucune construction en zone inondable ", *La Gazette des communes*, dernière consultation le 13 avril 2010, disponible sur : <http://infos.lagazettedescommunes.com/34330/apres-la-tempete-xynthia-nicolas-sarkozy-annonce-des-mesures-dont-plus-aucune-construction-en-zone-inondable/>
19. KOURILSKY P et VINEY G, 1999, Rapport au Premier Ministre : Le principe de précaution, 169p.
20. LAGADEC P, 2010. " LA DRÔLE DE GRIPPE. Pandémie grippale 2009 : essai de cadrage et de suivi ". *Cahier n°2010-03, Ecole Polytechnique, CNRS*
21. LAGADEC P, 2009. "La question des plans. Entre points d'appui et pièges stratégiques", *Cahier n°2009-40, Ecole Polytechnique, CNRS*
22. LAGADEC P, 2003. "La catastrophe et la gestion de crise", *Pouvoirs Locaux N°56*, p.87-91.
23. LEGEAS M, 2008. "Sécurité sanitaire", Plateforme REAL EHESP, Initiation à la santé publique
24. LE ROUGE DE RUSUNAN MP, 2008, *Le nouveau règlement sanitaire international 2005 : quel impact sur la prévention sanitaire de l'estuaire Nantes/St Nazaire*, mémoire MISP, EHESP, 60p.
25. MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES. Code Général des Collectivités Territoriales. Articles L2211-1, L2212-2 5 et L2212-4
26. MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES. LOI n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.
27. MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES. Décret n° 2005-1156 du 13 septembre 2005 relatif au plan communal de sauvegarde et pris pour application de l'article 13 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile
28. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel du 22 juillet 2009.
29. NOVINCE E, 2007. "Les inondations", groupement d'intérêt public Bretagne environnement, dernière consultation le 1er juin 2010, disponible sur <http://www.bretagne-environnement.org>
30. POTIER V, 2006. *Territoires, inondation et figures du risque : la prévention au prisme de l'évaluation*, L'Harmattan
31. RICAN S et VAILLANT Z, 2009, « Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé », *Sciences Sociales et Santé*, volume 27

32. ROY A, 2008, « Les Français clairvoyants sur leur exposition au risque d'inondation », *Le 4 pages IFEN*, n°123, pp. 1-4
33. TABUTEAU D, 2009, « Les crises de la santé : Crises et réformes », *Les tribunes de la santé*, n°22, pp. 19-40
34. TABUTEAU D, 2006, *Les contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé (1998-2006)*, Orphys, p.17
35. TABUTEAU D, 2002, *La sécurité sanitaire*, Berger-Levrault, Collection Santé Méthodes et Pratiques, 390p.
36. VAILLANT Z, 2009, « Le territoire, une clé pour une approche globale de la santé ? », *Education santé Rhône-Alpes*, n°3, dernière consultation le 17 avril 2010, disponible sur http://www.craes-crips.org/revue/03_art02.asp?id=279

Documents internes :

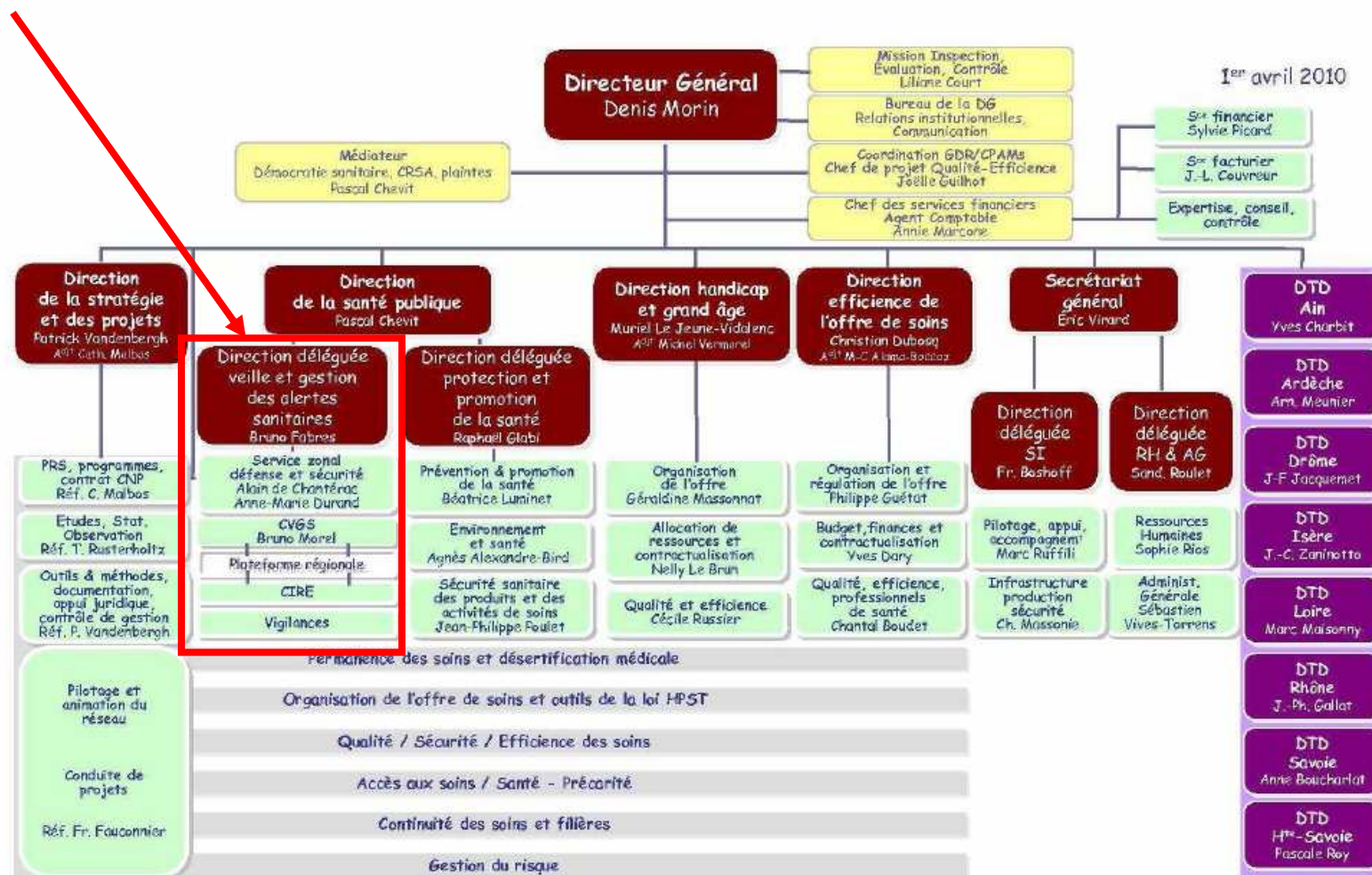
37. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales et Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes, Plan régional de santé publique 2006-2010.
38. Direction Prévention Médiation Sécurité, Mairie de Villeurbanne, Stratégie territoriale de sécurité et de prévention de la délinquance (STSPD)
39. Direction de la santé publique, Mairie de Villeurbanne, Rapport d'activité 2009
40. IRMA Grenoble, Guide à l'usage du maire et des élus : « Prévenir et gérer les risques naturels au niveau local pour le développement durable des territoires », 2008

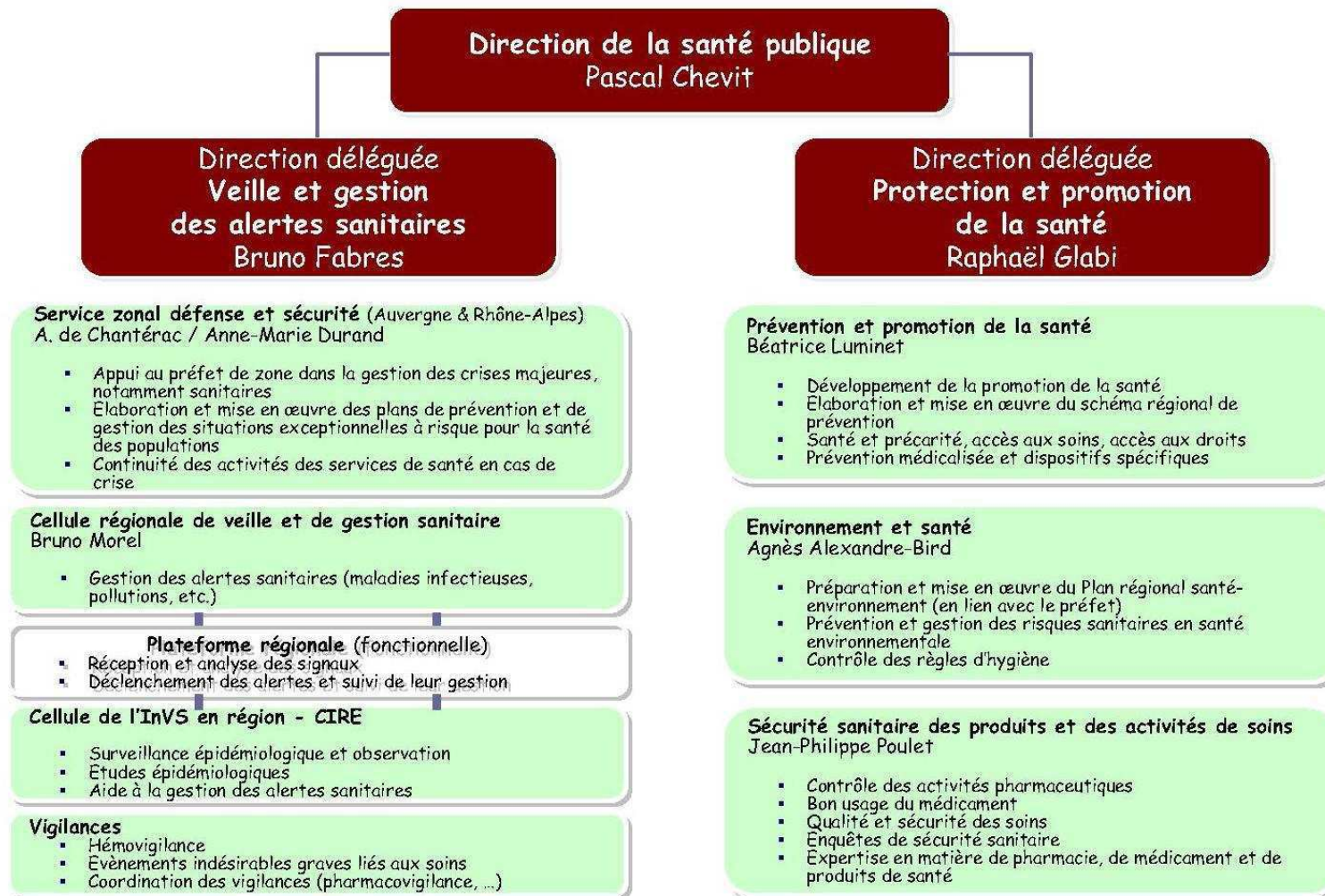
Liste des annexes

<i>Annexe 1 : Organigramme ARS Rhône Alpes et zoom sur la Direction de la santé publique..</i>	<i>I</i>
<i>Annexe 2 : Organisation régionale et départementale de l'Etat avant et après janvier 2010.</i>	<i>III</i>
<i>Annexe 3 : Tableau récapitulatif des documents et procédures disponibles au sein de la DSP</i>	<i>V</i>
<i>Annexe 4 : La législation en vigueur et rôle des communes</i>	<i>VIII</i>
<i>Annexe 5 : Arrêté municipal Plan Communal de Sauvegarde.....</i>	<i>XIV</i>
<i>Annexe 6 : La démarche ASV de Villeurbanne : organisation et pilotage</i>	<i>XVI</i>
<i>Annexe 7 : Organisation du dispositif de la STSPD</i>	<i>XVII</i>

Annexe 1 : Organigramme ARS Rhône Alpes et zoom sur la Direction de la santé publique

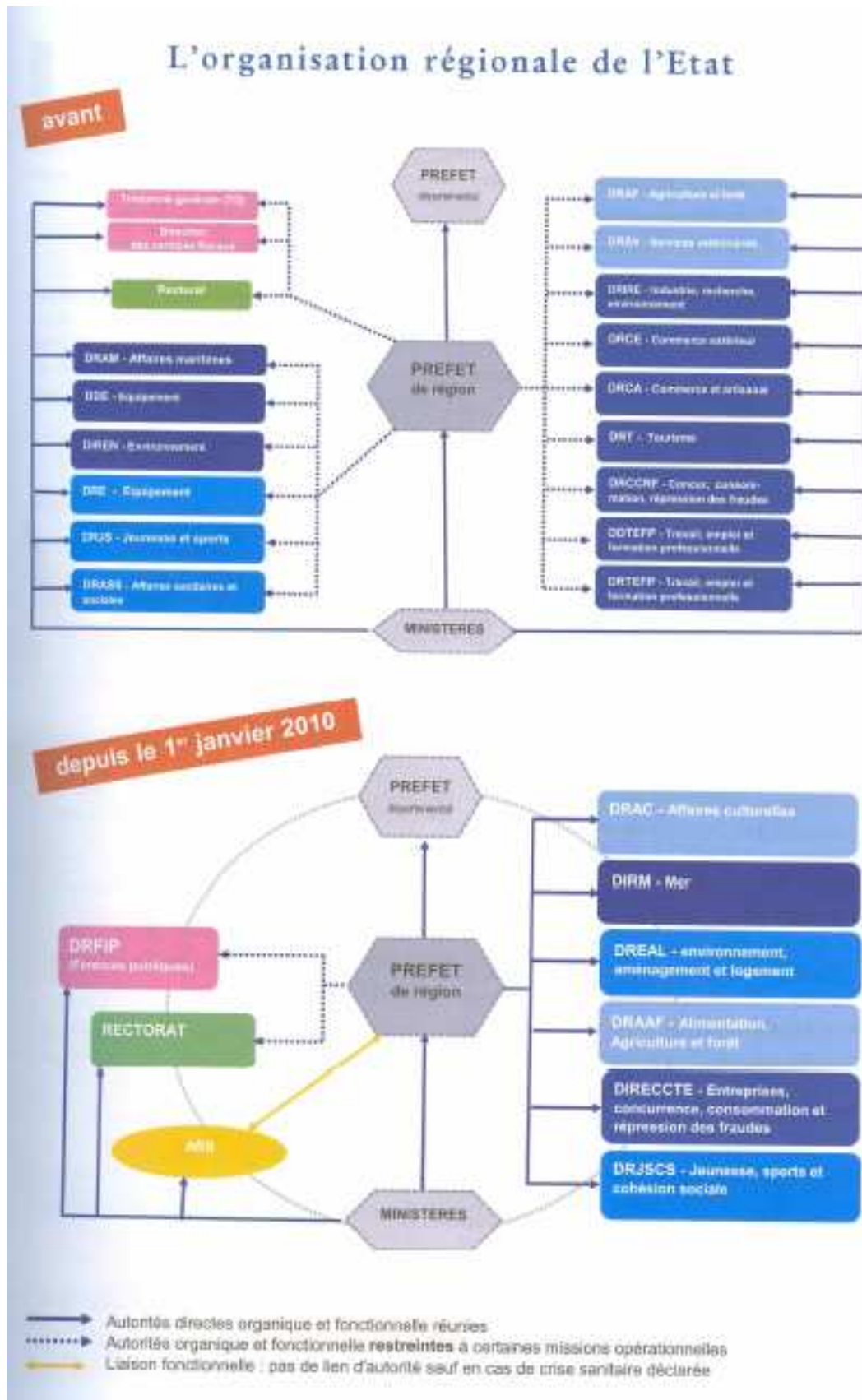
- L'organigramme du siège de l'ARS Rhône-Alpes



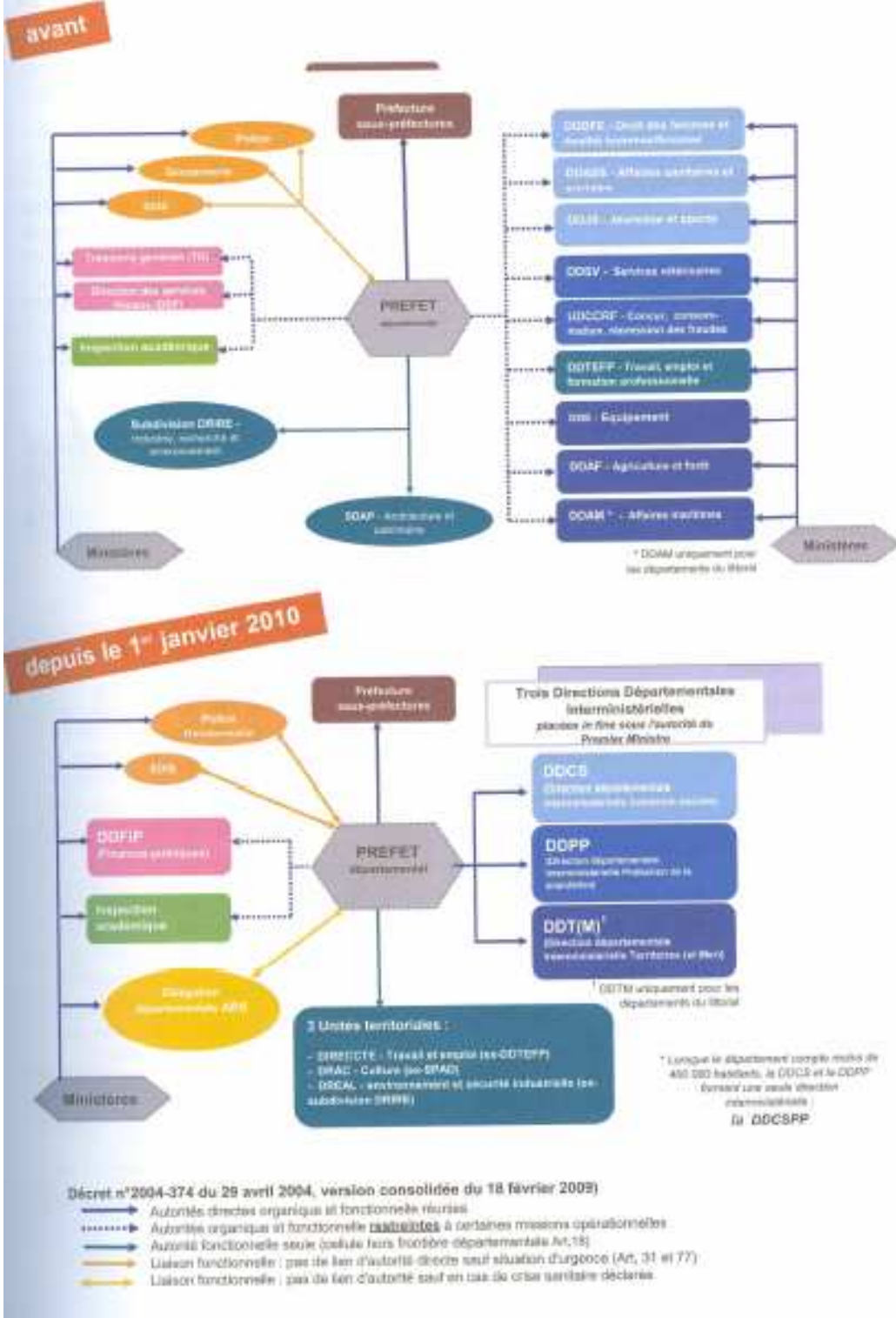


Sur : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Organisation.85505.0.html>

Annexe 2 : Organisation régionale et départementale de l'Etat avant et après janvier 2010.



L'organisation départementale de l'Etat



Source : Mutualité Fonction Publique, Rapport annuel 2009.

**Annexe 3 : Tableau récapitulatif des documents et procédures
disponibles au sein de la DSP**

	<i>Procédure(s)</i>	<i>Outils de communication (note d'information, courriers à diffuser ...)</i>	<i>Guide d'investigation, questionnaire, protocole d'enquête ...</i>	<i>Informations générales sur la pathologie</i>
Coqueluche			X <i>Protocole diagnostic</i>	X
Gale	École élémentaire * JUN 2009	X	X	X
	Petite enfance AVRIL 2010	X	X	X
Poux				X
Teignes		X <i>Affiches</i>		X
Hépatite A	École élémentaire * JUILLET 2005 MISE À JOUR JUN 2009	X	X	X
	Petite enfance MARS 2006	X	X	X
	Population générale A réaliser			
Rougeole	Ecole En cours			
	Petite Enfance En cours			
Méningite	École élémentaire * FÉVRIER 2003 MISE À JOUR JANVIER 2009	X	X	X
	École maternelle			

	2003			
	Petite enfance MAI 2003			
	Population générale A réaliser			
Saturnisme			X <i>Protocole enquête</i>	X
Shigellose				X <i>Cas rare : collaboration avec le Cire</i>
Légionellose	Population générale A réaliser <i>(Enquête épidémiologique + enquête environnementale)</i>		X <i>Guide investigation Protocole de prélèvement</i>	X
Rage	Population générale A réaliser			
TIAC	Population générale 2001 <i>(mais juste l'organigramme)</i> A clarifier	X	X	X
Intoxication PCB				X
Intoxication Monoxyde de carbone		X <i>Déclaration toxicovigilance</i>	X <i>Dispositif national de surveillance, donne la démarche à suivre pour l'enquête</i>	X
Pollution atmosphérique	X <i>Procédure</i>	X <i>Utilisation directe</i>	<i>Pas de nécessité</i>	X

	<i>d'information et relais des recommandations en cas d'alerte</i>	<i>des communications transmises par la préfecture</i>		
Pollen			<i>Relais de l'information au grand public via des outils conçus par la DSP</i>	X
TOTAL	11 procédures disponibles 2 en cours de réalisation 5 à réaliser			

* école élémentaire = équipement de la direction de l'éducation, soit de la grande section de maternelle au CM2

Les épisodes épidémiques exceptionnels, comme la grippe aviaire et la grippe A sont des cas particuliers, obéissent à des textes spécifiques et donc ne font pas l'objet de procédures classiques.

Annexe 4 : La législation en vigueur et rôle des communes

1. Le Plan Communal de Sauvegarde (PCS)

Au niveau réglementaire, deux textes régissent principalement le PCS :

- **La loi n°2004-811 du 13 août 2004 de la modernisation de la sécurité civile**
 - o Article 13 : Elaboration du Plan Communal de Sauvegarde, donne :
 - Objectifs du PCS
 - Fonctions que le PCS doit remplir
 - Caractère obligatoire pour certaines communes
 - Responsabilité du maire dans l'élaboration et la mise en œuvre
- **Le décret du 2005-1156 du 13 septembre 2005**

Il rend obligatoire le PCS pour les communes dotées d'un Plan de Prévention des Risques (PPR) ou d'un Plan Particulier d'Intervention (PPI). Cependant, le PCS est conseillé pour toutes les communes.

Le PCS est composé de 3 parties : le Plan en tant que tel, ainsi que le Document d'Information Communal sur les Risques Majeurs (Dicrim) et le Plan de Continuité d'Activité (PCA) qui lui sont annexés.

Au-delà de leurs aspects réglementaires, ces documents opérationnels doivent être appliqués au contexte local et répondre aux enjeux identifiés en premier lieu. Cette réflexion doit se faire en lien avec l'ensemble des partenaires concernés en vue d'une amélioration globale de la démarche.

2. Les procédures " maladies infectieuses "

Les Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO)

En raison de leur caractère potentiellement épidémique, 30 maladies sont aujourd'hui à déclaration obligatoire⁶, c'est-à-dire qu'elles doivent être signalées aux autorités sanitaires. L'article L 3113-1 du Code de santé publique impose la transmission de données individuelles à l'ARS (ou la DTD dans le Rhône), qui elle-même transmettra au niveau national à l'InVS. Cette déclaration est réalisée par le médecin ou par le laboratoire d'analyses médicales ayant posé le diagnostic.

Par ailleurs, la réglementation prévoit la réalisation d'enquêtes spécifiques pour toute MDO. Il s'agit d'enquêtes médico-environnementales afin d'en déterminer l'origine, de prévenir l'apparition de cas secondaires et d'interrompre la chaîne de transmission.

Les autres maladies transmissibles

D'autres maladies transmissibles peuvent être déclarées directement à la DTD qui transmet l'information aux villes concernées. Mais elles peuvent également être signalée directement auprès du service municipal, c'est alors à l'infirmière de la Ville de contacter la DTD et de vérifier s'ils ont bien eu connaissance du cas.

⁶ Les 30 maladies à déclaration obligatoire : Botulisme, Brucellose, Charbon, Chikungunya , Choléra, Dengue, Diphtérie, Fièvres hémorragiques africaines, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes, Hépatite aiguë A , Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B, Infection par le VIH quel qu'en soit le stade, Infection invasive à méningocoque, Légionellose, Listériose, Orthopoxviroses dont la variole, Paludisme autochtone, Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer, Peste, Poliomyélite, Rage, Rougeole, Saturnisme de l'enfant mineur, Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres Encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines, Tétanos, Toxi-infection alimentaire collective, Tuberculose, Tularémie, Typhus exanthématique

Ces maladies peuvent être déclarées soit par les structures municipales qui contacte la direction de la santé : les structures de petite enfance (crèches), les écoles ... soit par des individuels. Les parents d'élèves, après avoir entendu la suspicion d'un cas à l'école par exemple, peuvent signaler une maladie infectieuse. Enfin, les particuliers peuvent déclarer une pathologie, celle-ci est souvent liée à leur profession (par exemple: cas de gale dans une blanchisserie).

Tous les cas sont rapportés à la DTD qui recense donc la totalité des maladies déclarées sur le département et a le recul nécessaire pour voir apparaître des "cas groupés". Dans ce cas, elle lance une alerte à tous les territoires concernés. La DTD coordonne la gestion de l'évènement. Des procédures particulières propres aux cas groupés sont appliquées, et des dispositions particulières en découlent.

Pour toutes maladies transmissibles déclarées, les services municipaux doivent réaliser des enquêtes médico-environnementales et mettre en place des mesures de prophylaxie.

3. Les procédures de santé environnementale

Légionellose

La légionellose est une maladie à déclaration obligatoire (MDO), elle obéit donc à la même procédure que celle décrite dans la partie "maladies infectieuses".

Toxi Infection Alimentaire Collective (Tiac)

Les Tiac sont également à déclaration obligatoire.

Intoxication au monoxyde de carbone

Pour les problèmes généraux de salubrité, et donc la présence de monoxyde de carbone dans un logement, le maire de la commune est compétent pour intervenir, et s'appuie, en particulier, sur le règlement sanitaire départemental (RSD).

Ce sont les anciens services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), aujourd'hui service de santé environnementale à Villeurbanne, qui les enquêtes au nom de l'Etat et en coordination étroite avec ses services.

Depuis 2005, un nouveau système de surveillance a été mis en place par les circulaires interministérielles relatives à la surveillance des intoxications au CO et aux mesures à mettre en œuvre (Circulaires du 14 décembre 2005, du 23 septembre 2008, du 29 janvier 2008 et du 9 juin 2009).

Ce dispositif a pour but :

- L'information à visée préventive et immédiate : isoler la personne de la source de monoxyde de carbone et prévenir la récurrence par la gestion du risque ;
- L'information à visée épidémiologique : calculer au niveau local et national l'incidence des intoxications, évaluer la nature des situations d'exposition dans le but de concevoir des mesures collectives de santé publique.

Pour atteindre ces objectifs, une base informatique a été créée pour le recensement des intoxications par le monoxyde de carbone. La nouvelle application informatique "Siroco" a été déployée à l'automne 2009.

Ambroisie

Il n'existe au niveau national et européen aucun texte législatif ou réglementaire spécifique sur la lutte contre l'ambroisie.

L'organisation de la lutte contre sa prolifération relève ainsi pour l'essentiel de procédures réglementaires et contractuelles mises en oeuvre au niveau local à l'initiative des élus locaux (Régions, Départements, Communes).

En Rhône-Alpes, le Plan Régional pour la Qualité de l'Air (PRQA) porte sur la surveillance de la qualité de l'air et des effets sur la santé et l'environnement. Il indique que *"la réduction de l'exposition de la population rhônalpine aux pollens d'ambrosie devra s'appuyer notamment sur l'utilisation rationnelle des méthodes de lutte, en privilégiant la prévention par l'occupation des terres par des végétaux à recouvrement, et sur des actions de sensibilisation, d'information et d'éducation auprès des différents publics"*

Des arrêtés préfectoraux spécifiques "ambrosie" ont été publiés dans les départements. Dans le Rhône, l'arrêté n°2000-3261, prescrit la destruction obligatoire de l'Ambrosie (*Ambrosia artemisiaefolia*). Il rappelle que l'obligation de lutte contre l'ambrosie est imposée *"aux gestionnaires des domaines publics de l'Etat et des collectivités territoriales, ainsi qu'aux exploitants d'ouvrages linéaires, en particulier de voies de communication [...] En outre, en cas de défaillance des occupants, le Maire pourra faire procéder à la destruction des plants d'ambrosie aux frais des intéressés en application des articles L.2212-1 et L.2212-2 du code général des collectivités territoriales."*

Pollution de l'eau de nappes

Un contrôle officiel, ponctuel, porte sur l'ensemble du système de distribution : points de captage, stations de traitement, réservoirs et réseaux de distribution ainsi que les centres aquatique (piscines...), ... Ce contrôle relève de la compétence des pouvoirs publics (DTD de l'ARS).

Une auto-surveillance, en dehors de ces prélèvements obligatoires, est conseillée pour les communes, en effectuant des prélèvements :

- au niveau de la ressource (dans le cours d'eau ou la nappe souterraine) ;
- au niveau de la production, c'est-à-dire après traitement et avant l'envoi de l'eau dans le réseau de distribution ;
- dans le réseau de distribution directement chez les particuliers. une autosurveillance permanente par les exploitants de leurs services de distribution (régies municipales ou sociétés déléguées). Bien que peu de municipalités le pratiquent en dehors des, qui incombent financièrement aux communes.

Mais très peu le font car le poids économique de telles investigations devrait être supporté par les communes seules.

Concernant spécifiquement les eaux de nappe, ce n'est plus l'ARS qui en est responsable et le décret n°2008-652 du 2 juillet 2008 (relatif à la déclaration des dispositifs de prélèvement, puits ou forages réalisés à des fins d'usage domestique de l'eau et à leur contrôle ainsi qu'à celui des installations privées de distribution d'eau potable) place bien sous la responsabilité du Maire la qualité de ces eaux :

- *"Tout dispositif de prélèvement, puits ou forage, dont la réalisation est envisagée pour obtenir de l'eau destinée à un usage domestique au sens de l'article R. 214-5 du code de l'environnement, est déclaré au maire de la commune sur le territoire de laquelle cet ouvrage est prévu"*
- la déclaration devra comporter, notamment :

« Une analyse de la qualité de l'eau lorsque l'eau est destinée à la consommation humaine, au sens de l'article R. 1321-1 du code de la santé publique. Le prélèvement et l'analyse sont effectués par un laboratoire agréé par le ministère chargé de la santé."

Cependant, le contrôle régulier sera assuré par le service de distribution d'eau potable qui organise les modalités d'exercice du contrôle (Art. R. 2224-22-4).

La pollution atmosphérique

La surveillance de la qualité de l'air et de ses effets sur la santé et sur l'environnement est assurée par l'Etat, avec le concours des collectivités territoriales, comme il figure dans le Code de l'Environnement à l'article L221-1.

Dans le champ de la pollution atmosphérique, le texte de référence est la loi n°96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'Air et l'Utilisation Rationnelle de l'Energie (LAURE).

Cette loi cadre vise à rationaliser l'utilisation de l'énergie et à définir une politique publique intégrant l'air en matière de développement urbain. Le droit de respirer un air qui ne nuise pas à sa santé est reconnu à chacun. Elle rend obligatoire :

- ✓ la surveillance de la qualité de l'air assurée par l'Etat,
- ✓ la définition d'objectifs de qualité,
- ✓ l'information du public.

Le Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable (MEDD) est responsable de la mise en oeuvre de la politique nationale de surveillance, de prévention et d'information sur l'air. Il s'appuie pour cela sur :

- ✓ l'ADEME (Agence de l'environnement et de la Maîtrise de l'Energie),
- ✓ le LCSQA (Laboratoire Central de Surveillance de la Qualité de l'Air).
- ✓ la fédération ATMO et l'ensemble des associations qu'il a agréées : les AASQA (Associations Agréées pour la Surveillance et la Qualité de l'Air)

Chaque citoyen a le droit d'être informé sur la qualité de l'air qu'il respire. Dans ce cadre, les associations AASQA ont pour mission :

- ✓ Mise en oeuvre de la surveillance et de l'information sur la qualité de l'air

Pour les agglomérations de plus de 100 000 habitants, les associations doivent diffuser un indicateur global de la qualité de l'air : l'indice ATMO. Pour les villes de moins de 100 000 habitants, on parle de l'Indice de la Qualité de l'Air simplifié (IQAs). Ce sont des indicateurs journaliers de la qualité de l'air. Ils sont calculés à partir des résultats des stations "urbaines" et "périurbaines" représentatives des zones dites "de pollution homogène".

- ✓ Diffusion des résultats et des prévisions
- ✓ Transmission immédiate aux préfets des informations relatives aux dépassements ou prévisions de dépassements des seuils d'alerte et de recommandations.
- ✓ Évaluation de l'efficacité des plans (Plan de Protection de l'Atmosphère (PPA), Plan de Déplacements Urbains (PDU), Plan climat), mise en place des indicateurs de suivi, soutien de l'État et des collectivités territoriales.

La loi cadre LAURE prescrit également l'élaboration d'un Plan Régional de la Qualité de l'Air, de Plans de Protection de l'Atmosphère et, pour les agglomérations de plus de 100.000 habitants, d'un Plan de Déplacement Urbain.

Elle instaure une procédure d'alerte, gérée par le Préfet. Celui-ci doit informer le public et prendre des mesures d'urgence en cas de dépassement de seuil (restriction des activités polluantes, notamment de la circulation automobile). Deux arrêtés interpréfectoraux du 5 juillet 2006 précise davantage le dispositif de communication en cas d'épisode de pollution atmosphérique et de mise en oeuvre des mesures d'urgences.

Un schéma départemental d'alerte à la pollution atmosphérique peut être réalisé, il n'est pas obligatoire, mais peut être utile pour rappeler aux collectivités territoriales leurs missions. Ainsi le maire se doit de répercuter l'alerte notamment auprès des responsables d'établissements publics et privés accueillant un public sensible : crèches, écoles, résidences pour personnes âgées, mais aussi les centres de vacances et de loisirs, les

clubs sportifs ... A cette occasion, il doit leur rappeler les recommandations sanitaires et comportementales.

Selon l'article L.2213-4 du Code Général des Collectivités Territoriales, le maire peut prendre des mesures particulières par arrêté motivé, comme le report de certaines manifestations sportives en plein air ou l'interdiction d'accès de certaines voies ou de certaines portions dans certains secteurs de la commune aux véhicules.

4. Le Plan Canicule

L'objectif du Plan National Canicule est de définir les actions de court et de moyen termes dans les domaines de la prévention et de la gestion de crise afin de réduire les effets sanitaires d'une vague de chaleur.

Ce plan est basé sur un système d'alerte à trois niveaux progressifs :

- un niveau de veille saisonnière, déclenché automatiquement du 1er juin au 31 août de chaque année,
- un niveau de mise en garde et actions (MIGA) déclenché par les préfets de département,
- un niveau de mobilisation maximale, déclenché au niveau national par le premier ministre sur avis du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé.

Le Plan, mis en œuvre depuis 2004, se voit apporter chaque année des modifications. Du fait de cette amélioration continue et de la forte implication de tous les acteurs de terrain, le Plan National Canicule est aujourd'hui un dispositif qualifié de "robuste et efficient" dans la toute nouvelle circulaire de 2010 (N°DGS/DUS/UAR /2010/175 du 28 mai 2010). Cette circulaire concerne essentiellement les évolutions organisationnelles induites par la mise en place des ARS et la réforme de l'administration territoriale de l'Etat. Ces modifications ponctuelles n'en bouleversent pourtant pas l'organisation générale.

Il est à noter que le maire n'a pas la responsabilité de la mise en place du plan d'alerte et d'urgence. Cette responsabilité incombe au préfet.

Cependant, les obligations du maire dans le cadre du plan canicule sont parues dans une circulaire de 2005 faisant référence à la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, et au décret du 1er septembre 2004 fixant les modalités de recueil, de transmission et d'utilisation des données nominatives relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées bénéficiaires du plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels.

Le maire est donc tenu d'instituer un **registre nominatif** des personnes âgées et des personnes handicapées de sa commune vivant à domicile, qui en font la demande. L'objectif est de permettre l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux auprès d'elles en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence. La démarche d'inscription étant volontaire et la déclaration facultative, aucun impératif d'exhaustivité ne s'attache à la constitution du registre. Par contre, le maire se doit d'informer ses administrés de la mise en place du registre nominatif et de sa finalité, d'en assurer la confidentialité et de la communiquer au préfet à sa demande.

5. Le Plan Grand Froid

Depuis 2006, un dispositif spécifique d'urgence sociale et d'insertion est mis en œuvre chaque année pendant la période hivernale en France, du 1er novembre au 31 mars. Il vise à la prise en charge en période hivernale des personnes sans domicile fixe et des publics les plus vulnérables en période de froid extrême.

Le Ministère chargé du logement et de la ville donne chaque année les grandes priorités annuelles du Plan Grand Froid. Pour 2009 :

- L'augmentation des capacités d'accueil, d'hébergement et d'insertion des plus démunis
- La poursuite de la mise en œuvre du Plan d'Action Renforcé pour les Sans Abri
- Le renforcement de la veille sociale assurée par les services de premier contact (maraude, accueil et orientation, services 115, Samu Sociaux) en partenariat avec les centres d'hébergement

Le ministère définit également les modalités de pilotage dans des circulaires (CIRCULAIRE N°DGAS/1A/2009/306 du 14 octobre 2009 relative aux mesures hivernales et d'accès au logement.). Deux instances de pilotage sont ainsi identifiées°.

- Coordination et suivi du dispositif au niveau national
Une cellule de veille nationale se tiendra informée en permanence de l'évolution de la situation et des difficultés pouvant survenir sur le terrain grâce à une remontée hebdomadaire des DDASS et des DRASS.
- Comité de pilotage départemental
C'est en réalité un comité de pilotage élargi de veille sociale au niveau du département. Il est constitué d'opérateurs de terrain, de représentants du Conseil Général et des principales communes, le Samu, les établissements publics de santé, les services d'incendie et de secours, les services de police et/ou de gendarmerie et les réseaux de secouristes.

Malgré cette gouvernance, le déclenchement de ce dispositif reste à la main du préfet. Il peut déclencher les différents niveaux du plan à l'échelon du département, en fonction des prévisions météorologiques annoncées et en appréciant la situation climatique locale. Les trois niveaux d'action sont :

- Niveau 1 « Mobilisation hivernale »
- Niveau 2 « Grand froid »

Ce niveau correspond à une situation météorologique prévoyant des températures négatives le jour et comprises entre -5°C et -10°C la nuit. Ce niveau consiste à ouvrir des places complémentaires et à élargir les horaires de fonctionnement dans les dispositifs d'accueil et d'hébergement d'urgence, à accroître les moyens des services publics concernés et à renforcer la présence sur la voie publique des services de secours et de police.

- Niveau 3 « Froid extrême »

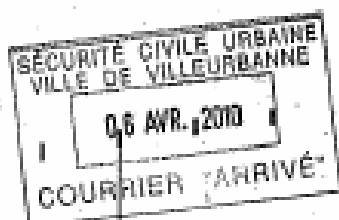
Ce niveau est déclenché lorsque les températures sont inférieures à -10°C la nuit et restent négatives le jour. Il consiste à déclencher un plan de secours pour, dans une situation de crise se caractérisant par un froid exceptionnel, faire face aux risques spécifiques que fait peser un froid extrême sur les personnes particulièrement vulnérables en raison de leur isolement ou de leur logement.

Le plan Grand Froid est donc sous la responsabilité du représentant de l'Etat dans le département. Cela dit un angle nouveau est abordé dans la circulaire interministérielle du 30 novembre 2009, puisqu'elle porte sur *"les actions à mettre en œuvre au niveau local pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires propres à la période hivernale"*.

La circulaire rappelle que *"la mortalité associée au froid dépasse le cadre des décès par hypothermie des personnes à la rue"*. Outre les personnes en grande précarité, elle vise par conséquent les enfants, les personnes âgées ou handicapées et celles présentant un certain nombre de pathologies chroniques cardiovasculaires, respiratoires ou endocriniennes.

D'autre part, la circulaire rappelle aux maires l'obligation d'ouverture et de publicité des registres communaux recensant les personnes vulnérables, selon les articles L121-6-1 et R121-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Annexe 5 : Arrêté municipal Plan Communal de Sauvegarde



ville de villeurbanne

ARRÊTÉ N° 012/10 PORTANT APPROBATION DU PLAN COMMUNAL DE SAUVEGARDE

Affaire suivie par Mme Arméla Braun.

Le maire de Villeurbanne,



vu le Code Général des Collectivités Territoriales et notamment ses articles L. 2212-1 et suivants relatifs au pouvoir de police du Maire ;

DIRECTION PRÉVENTION,
MÉDIATION ET SÉCURITÉ
SERVICE SÉCURITÉ CIVILE

URBAINE
27 rue Paul Verlaine
mairie grille-ciel
Villeurbanne (69100)
téléphone 04 78 03 83 40
téléfax 04 72 60 80 04

adresse postale:
hôtel de ville
bp 8081
69001 villeurbanne cedex
en appelant le service
concerné

vu le décret n° 90-918 du 11 octobre 1990, relatif à l'exercice du droit à l'information sur les risques majeurs modifié par les décrets n° 91-461 du 14 mai 1991, n° 95-1089 du 5 octobre 1995 et n° 2547 du 16 juin 2000 ;

vu La Loi n° 2003-699 du 30 juillet 2003, relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs, et notamment son article 40 ;

vu la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la Sécurité Civile et notamment son article 13 relatif au Plan Communal de Sauvegarde ;

vu le décret n° 2005 - 1156 du 13 septembre 2005 relatif au plan communal de sauvegarde et pris en application de l'article 13 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la Sécurité Civile ;

vu le Plan de Prévention du Risque Inondation, approuvé par arrêté préfectoral le 2 mars 2009 ;

Vu Dossier Départemental sur les Risques Majeurs approuvé par arrêté préfectoral le 1^{er} février 2008 ;

vu le Document d'Information Communal sur les Risques Majeurs de la Ville de Villeurbanne ;

considérant que la commune est exposée aux risques majeurs suivants : inondations, rupture de barrage, transport de matières dangereuses, industriel ; et qu'il convient de prévoir, d'organiser et de structurer l'action communale en cas de crise afin de protéger au mieux la population

sur proposition de monsieur le directeur général des services de la ville de Villeurbanne;

arrête

article 1

Le Plan Communal de Sauvegarde de la commune de Villeurbanne est applicable à compter du 19 mars 2010.

article 2

Le Plan Communal de Sauvegarde est consultable à l'Hôtel de Ville – service sécurité civile urbaine – sur rendez-vous.

article 3

Le Plan communal de Sauvegarde fera l'objet des mises à jour nécessaires à sa bonne application, conformément au décret d'application n° 2005-1156 du 13 septembre 2005.

article 4

Une copie du Plan Communal de Sauvegarde sera transmise à monsieur le préfet du Rhône, à monsieur le colonel, directeur départemental des services d'incendie et de secours du Rhône et à monsieur le commissaire divisionnaire de police de Villeurbanne.

article 5

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le tribunal administratif de Lyon dans un délai de deux mois à compter de sa transmission.

Article 6

Monsieur le directeur général des services de la ville de Villeurbanne, monsieur le directeur de la police municipale de la ville de Villeurbanne, le service sécurité civile urbaine de la ville de Villeurbanne et tous les agents de la force publique sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au bulletin municipal officiel de la Ville et dont ampliation sera également transmise à monsieur le préfet du Rhône (SIDPC 69).

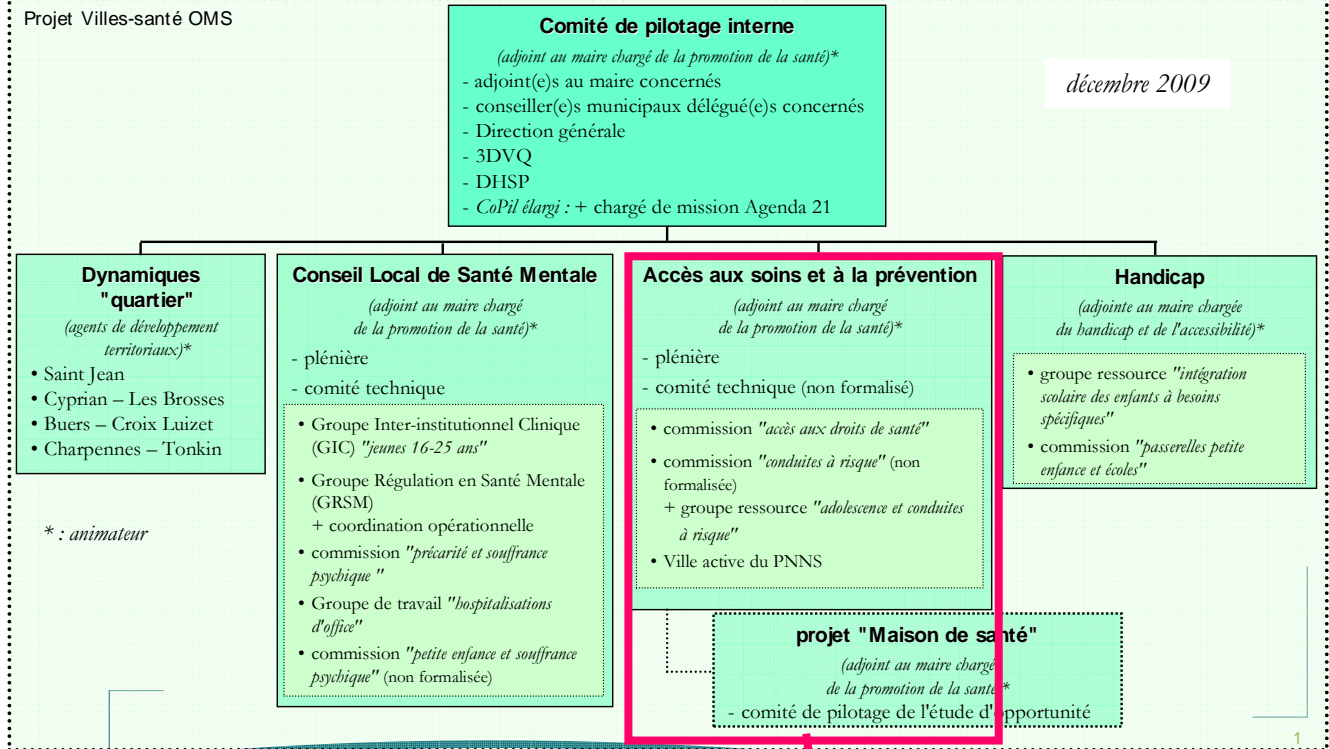


Villeurbanne, le vendredi 19 mars 2010


Jean-Paul Bret,
maire de Villeurbanne.

Annexe 6 : La démarche ASV de Villeurbanne : organisation et pilotage

Organisation de la démarche des ASV sur Villeurbanne

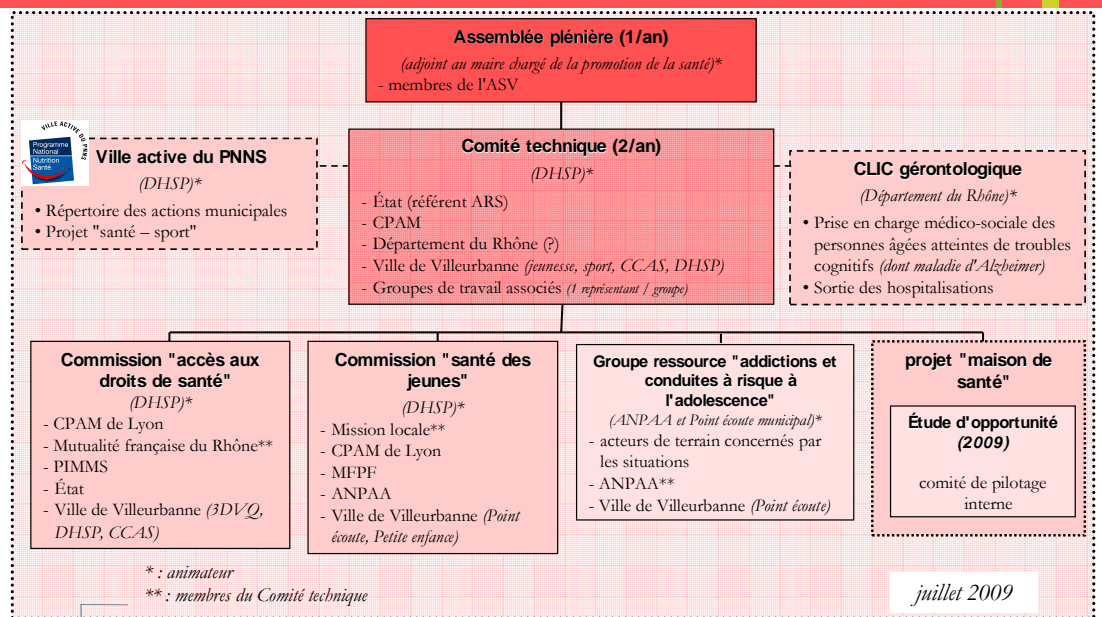


ASV : accès aux soins et à la prévention santé

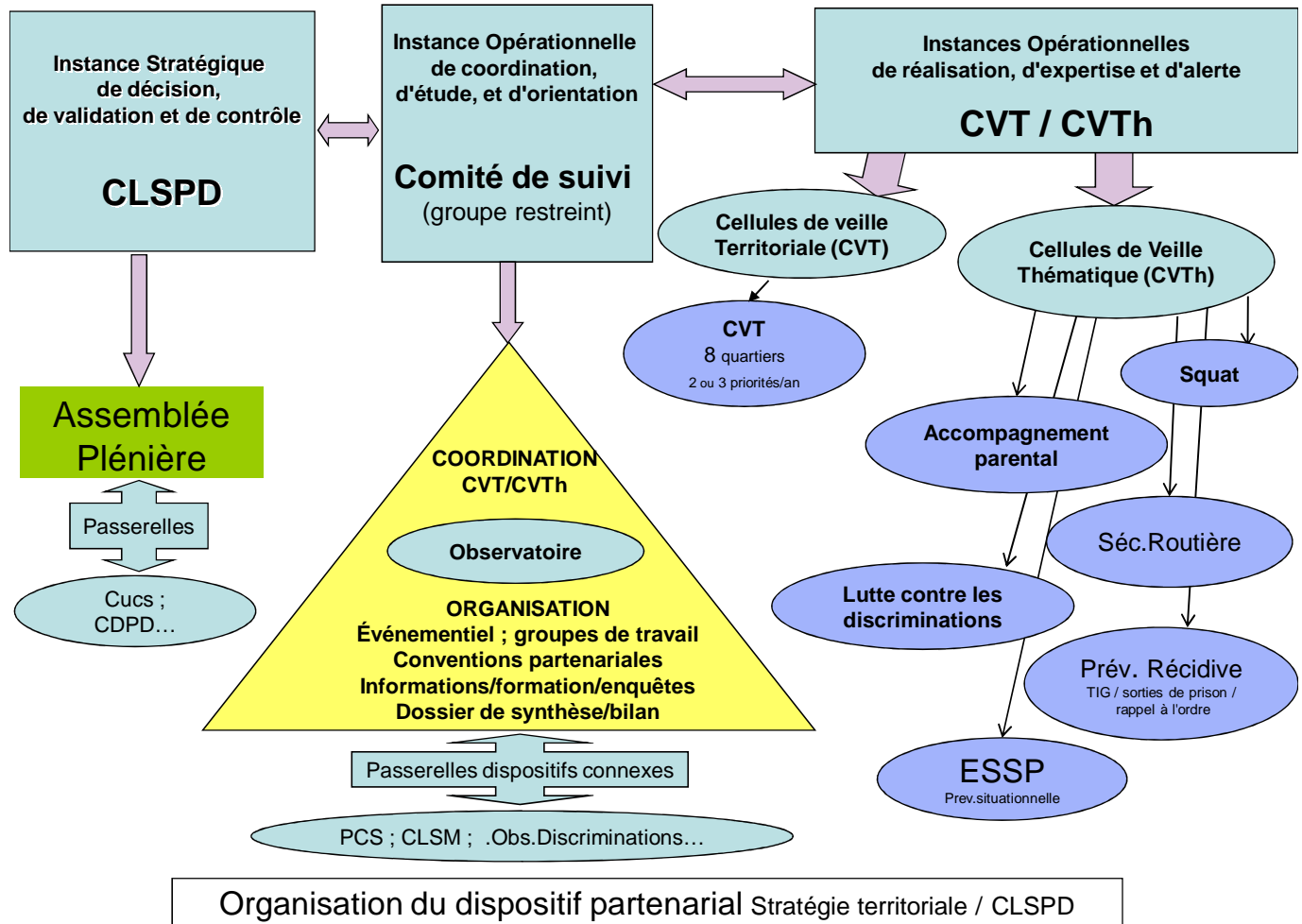


Source :

Rapport d'activité DSP
Promotion santé –
Démarche ASV



Annexe 7 : Organisation du dispositif de la STSPD



Source : STSPD de Villeurbanne, 2010, DPMS