



Au cœur d'une manœuvre incendie à l'hôpital

Préparer les agents de sécurité à lutter contre un incendie dans un hôpital demande un entraînement spécifique. Le centre chirurgical Marie Lannelongue au Plessis-Robinson dans les Hauts-de-Seine nous a convié à l'un d'eux.

Organiser un exercice incendie dans un hôpital est en soi une gageure. Le faire dans un centre chirurgical destiné aux malades gravement atteints au cœur et aux poumons avec la présence de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) est presque un exploit. C'est ce qu'a réalisé le service Ssiap (service de sécurité incendie et d'assistance à personnes) du centre chirurgical Marie Lannelongue au Plessis-Robinson (Hauts-de-Seine) le 20 septembre 2013, coordonné par Rodolphe Temple, responsable sécurité et chef de service Ssiap. Lors de la manœuvre, l'adjutant Boris Diard, chef de cellule prévision et le lieutenant Nicolas Nock,

officier adjoint de la 21^e compagnie d'incendie et de secours de la BSPP tiennent le rôle d'observateurs.

Le lieu du scénario est un service de chirurgie de l'hôpital désaffecté, qui comprenait un bloc opératoire, un vestiaire et une dizaine de chambres dans un long couloir. Il est situé en face du PC de sécurité. Cette aile est réaffectée depuis en locaux administratifs et sert régulièrement à des exercices incendie, ce qui permet d'éviter de déranger les services de soins en fonctionnement. « *Nous nous sommes appropriés l'espace avec la création d'une salle de réveil et le déclenchement de fumée froide pour plus de réalisme* », explique Rodolphe Temple.

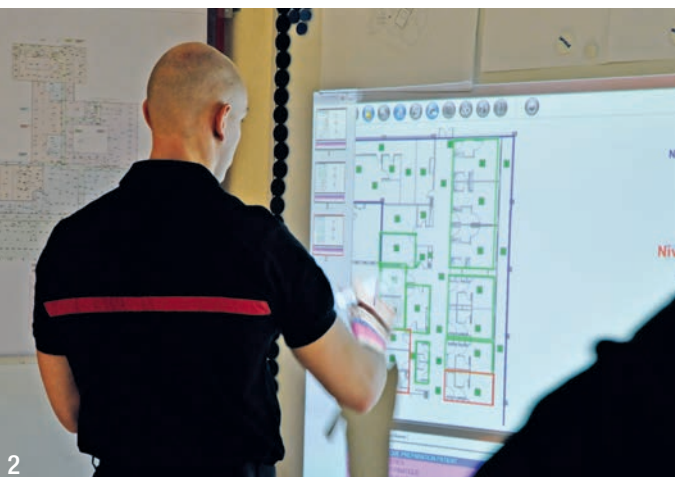
Le scénario concocté à l'intention des services d'intervention incendie est le suivant : le feu démarre dans le bloc opératoire ; il faut évacuer un patient branché sous oxygène dans l'une des chambres ainsi que le « Dr House » qui gît inanimé dans le vestiaire du bloc. Ces indications ne sont évidemment pas communiquées aux participants de la manœuvre.

Deux agents Ssiap partent en reconnaissance

Dès le retentissement de l'alarme, deux agents Ssiap, Pascal Gusmini et Rachid Melhaoui, forment le binôme de reconnaissance (B.Rec). Ils s'équipent de vêtements de protection,



▲ Rodolphe Temple, responsable sécurité et chef de service Ssiap du centre chirurgical Marie Lannelongue.



1 Le service de sécurité incendie du centre chirurgical Marie Lannelongue au Plessis-Robinson et la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) en cours d'exercice. 2 Au PC sécurité, le chef d'équipe suit l'avancée des agents en temps réel. 3 La fumée se propage très rapidement. 4 Les agents notent sur chaque porte un code indiquant le nombre éventuel de personnes évacuées, de victimes et de morts.

cagoule, brassard et prennent une lampe torche ainsi qu'une radio reliée au PCS avant de partir sur les lieux. Simultanément, au PC sécurité, le chef d'équipe (Ssiap 2), Jérémie Calzolato, affiche le plan sur un rétro-projecteur numérique où il peut indiquer et suivre le compartimentage, les fumées et l'avancée des agents en temps réel. Les données inscrites sur ce tableau sont automatiquement enregistrées. La 21^e compagnie d'incendie et de secours de la BSPP située à Clamart, à 3,5 km, est appelée en renfort.

Les deux agents progressent jusqu'à la porte d'entrée du bloc opératoire. De la fumée s'échappe sous la porte. En liaison avec le PC sécurité, ils décident de ne pas ouvrir et de se diriger vers le couloir où se trouvent les chambres et la deuxième entrée du bloc. La fumée, déjà épaisse, prend de l'ampleur. Ils décident de se séparer pour effectuer la reconnaissance et l'évacuation des pièces de part et d'autre du couloir et de la fumée. Ils entrent dans chaque chambre, inspectent les lieux puis, en l'absence d'occupants, referment les portes. Ils inscrivent sur chacune d'elles, à la craie, une croix et trois chiffres qui indiquent le nombre éventuel de personnes évacuées, de victimes et de morts. « Cette inscription informe les agents et les sapeurs-pompiers qui viennent après nous que

la pièce a été inspectée », explique Rachid Melhaoui.

Mais la propagation rapide de la fumée fausse le jeu. Les deux agents ne peuvent circonscrire le feu dans son volume initial. Ils reviennent alors au PCS sans avoir trouvé ni le patient médicalisé ni le Dr House. L'adjudant Boris Diard revient sur le moment où les deux agents ont décidé de ne pas ouvrir la porte enfumée : « Ils ont eu raison d'agir ainsi même si, dans le scénario, la fumée ne devait pas se disperser aussi vite. Dans un cas réel, s'ils avaient ouvert la porte, ils auraient pu mourir

à cause d'un accident thermique ». Le chef des agents Ssiap ajoute : « leur rôle n'est pas de prendre des risques ni de se comporter en héros. Ils doivent isoler les zones et communiquer les bonnes informations ».

La fumée factice a, par ailleurs, déclenché l'alarme dans les étages supérieurs en raison de clapets coupe-feu restés ouverts.

Passation du commandement opérationnel

Dix minutes plus tard, les véhicules des sapeurs-pompiers arrivent aux urgences. Une dizaine d'hommes en descendent et commencent à déployer les lances et à préparer les appareils respiratoires isolants (ARI). C'est à cet instant que s'effectue la passation du commandement opérationnel des secours entre le PC de sécurité et la BSPP. Le PCS se met au service des pompiers et leur communique les informations indispensables, le plan, le compartimentage avec le message suivant : « victime potentiellement à extraire dans les vestiaires ». Le système de détection s'est déclenché au R-2. Sans information de la part du PCS, les pompiers décident de s'y rendre croyant qu'il s'agit de l'origine de l'incendie. Or, le départ de feu se trouve au R-1. Une erreur de communication qui fera perdre beaucoup de temps. « On constate un

LE CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANNELOGUE

Situé à Plessis-Robinson (Essonne) dans un bâtiment de 35 000 m², l'établissement, à but non lucratif, est spécialisé dans la chirurgie d'organes thoraciques : cœur, poumons, vaisseaux. Ouvert en 1977, il emploie 1 000 personnes, compte 220 lits, 7 blocs opératoires et réalise 3 800 interventions chirurgicales par an. L'établissement est classé ERP type U de 3^e catégorie. Le service incendie comprend 1 chef de service Ssiap, 6 chefs d'équipe et 6 agents Ssiap.

Un nouveau schéma directeur de 7,5 M€ sur 5 ans est en cours et comprend le remplacement du système de sécurité incendie, le changement du compartimentage et, par la suite, la création d'un système de désenfumage inexistant à l'heure actuelle.

vrai problème de communication entre le PCS et les pompiers. Ils n'ont pas le même langage, le même matériel, les mêmes habitudes. Si chacun ne se met pas dans la peau de l'autre, personne ne se comprend », ajoute Rodolphe Temple.

Revenus du sous-sol, les sapeurs-pompiers se divisent en un binôme de reconnaissance et un binôme d'attaque. Ils établissent les lances, s'attachent deux par deux à une ligne de vie accrochée à une porte coupe-feu. La priorité est d'évacuer les personnes avant de trouver l'origine du feu.

Le binôme de reconnaissance s'attarde à inspecter de nouveau les chambres une par une et à inscrire à la craie leur propre code sous le code de l'équipe Ssiap. Une étape jugée inutile par les observateurs. « Cette étape a déjà été réalisée par le PCS juste avant pour éviter justement d'avoir à le refaire. Cela nous montre que le PCS de l'hôpital et la BSPP doivent se coordonner pour travailler plus efficacement ensemble », précise l'adjudant Boris Diard, chef de cellule prévision de la BSPP. Rodolphe Temple ajoute : « Aujourd'hui, avec les manœuvres et les exercices réguliers

que nous faisons, nous commençons à avoir une certaine maîtrise des attentes des pompiers. Une complémentarité reste encore à définir dans les conventions de manœuvre entre les agents de l'hôpital et la Brigade ».

L'hôpital, de par son ancienneté, ne dispose pas de système de désenfumage mécanique. C'est donc la BSPP qui se charge d'installer son propre ventilateur opérationnel mobile pour disperser les fumées vers l'extérieur. « Nous sommes très dépendants des moyens logistiques de la Brigade, notamment pour le désenfumage », explique Rodolphe Temple.

EXERCICE VS MANŒUVRE, SELON LA BSPP

Dans le cas d'un « exercice », les véhicules et les sapeurs-pompiers mobilisés sont réservés au moins deux mois à l'avance par un protocole de demande officielle à la hiérarchie (l'État-major pour la BSPP). Si la demande est acceptée, les casernes alentours devront, le temps de l'exercice, pallier la couverture opérationnelle de la caserne qui s'est ainsi découverte, en hommes et en véhicules. Par ailleurs, « l'exercice » a pour vocation d'évaluer, alors que la « manœuvre » a pour but d'entraîner et de faire découvrir. Ainsi, il est possible qu'un observateur intervienne dans le déroulé d'une manœuvre pour corriger un geste, un placement ou une décision.



Le ventilateur tourne dans un bruit assourdissant. Pas pour très longtemps car cinq minutes plus tard, la machine est arrêtée, jugée trop bruyante pour les malades de l'hôpital à l'étage au-dessus. « Une de mes craintes dans ce genre d'exercice est l'explosion ou la fuite d'une lance vers les étages inférieurs qui pourrait engendrer des risques nosocomiaux. C'est pourquoi, nous le faisons avec des lances sans eau », précise le responsable sécurité.

Améliorer la communication

Non loin de là, l'officier de garde de la BSPP se présente au PCS pour reprendre l'ensemble des éléments et demande si quelqu'un manque à l'appel. Le chef d'équipe du PCS donne les informations du système de détection incendie. Le Dr House est enfin retrouvé dans les vestiaires du bloc opératoire puis évacué mais toujours pas le patient lourdement médicalisé. Le chef d'équipe du PCS communique au chef de garde de la BSPP le protocole d'évacuation pour les victimes médicalisées de l'hôpital : « Il ne faut surtout pas le débrancher sinon c'est le décès assuré ». À ce moment-là, les pompiers reçoivent un véritable appel d'urgence qui met fin immédiatement à la manœuvre. La moitié des effectifs

ÉVACUER UNE PERSONNE SOUS BRANCHEMENTS

La difficulté d'évacuer une personne lourdement médicalisée, branchée sous oxygène, réclame une attention particulière notamment pour les pompiers qui ne sont pas formés et qui doivent intervenir dans ce type d'établissement.

« L'objectif est de débrancher les appareils un par un en commençant par celui qui est le moins vital comme la perfusion ou les drains de liquide pleural, puis finir par le plus critique pour le patient en emmenant avec lui son dossier médical et trois appareils vitaux : le respirateur artificiel, l'Ecmo (oxygénation par membrane extra-corporelle qui fournit une assistance en oxygène) et le pousse-seringue qui lui injecte les drogues vitales ». Les agents du Ssiap ne possédant pas d'ARI, c'est aux pompiers d'emmenner un soignant de l'hôpital sous ARI pour aider au débranchement et évacuer le patient vers une autre zone de réanimation où il sera rebranché et surtout remédicalisé.

range alors le matériel et quitte l'hôpital pour se rendre sur intervention. « C'est la différence entre un exercice et une manœuvre. », explique l'Adjudant Boris Diard (voir encadré page 28).

Cependant, pour les quelques sapeurs-pompiers encore présents, un dernier exercice pédagogique les attend : le débranchement du

patient lourdement médicalisé (voir encadré ci-contre).

Le débriefing de la manœuvre se fera dans un deuxième temps pour corriger les erreurs commises et améliorer la communication entre pompiers et agents de sécurité incendie.

L'adjudant Boris Diard analyse la relation entre les deux intervenants :

« Les agents de sécurité incendie donnent beaucoup trop d'informations sur le système de détection incendie sans pour autant communiquer sur l'origine exacte de l'alarme. Même s'il sait ce qu'est un SSI, le pompier ne se sert pas de ces données au quotidien. Il a besoin de plans, de dessins, de détails sur la quantité et la couleur des fumées ». À l'inverse, un agent regrette que les pompiers aient refusé qu'il les accompagne sur les lieux du sinistre. « Ils ont besoin de s'appuyer sur nous pour avoir une meilleure reconnaissance des locaux ».

« Nous avons la chance de posséder ces locaux désaffectés pour réaliser nos exercices incendie régulièrement sans impacter les activités des services médicaux. Rien n'empêche les établissements hospitaliers d'organiser ce type d'exercices dans des couloirs en travaux, administratifs ou techniques », conclut Rodolphe Temple. ■

Valérie Dobigny

1 Les véhicules des sapeurs-pompiers de la BSPP arrivent aux urgences 10 minutes après le début de la manœuvre. 2 Passation du commandement opérationnel des secours entre le PC de sécurité et la BSPP. 3 Les sapeurs-pompiers accrochent la ligne de vie avant de partir à l'attaque du feu. 4 Exercice pédagogique sur le débranchement d'un patient lourdement médicalisé.

