

## **Résultats de la recherche "stérilisation 2" sur la base de données ARIA - État au 18/10/2021**

La base de données ARIA, exploitée par le ministère de la transition écologique, recense essentiellement les événements accidentels qui ont, ou qui auraient pu porter atteinte à la santé ou la sécurité publique, l'agriculture, la nature et l'environnement. Pour l'essentiel, ces événements résultent de l'activité d'usines, ateliers, dépôts, chantiers, élevages,... classés au titre de la législation relative aux Installations Classées, ainsi que du transport de matières dangereuses. Le recensement et l'analyse de ces accidents et incidents, français ou étrangers sont organisés depuis 1992. Ce recensement qui dépend largement des sources d'informations publiques et privées, n'est pas exhaustif et ne constitue qu'une sélection de cas illustratifs.

Les informations (résumés d'accidents et données associées, extraits de publications) contenues dans le présent export sont la propriété du BARPI. Aucune modification ou incorporation dans d'autres supports ne peut être réalisée sans accord préalable du BARPI. Toute utilisation commerciale est interdite.

Malgré tout le soin apporté à la réalisation de nos publications, il est possible que quelques inexactitudes persistent dans les éléments présentés. Merci au lecteur de bien vouloir signaler toute anomalie éventuelle avec mention des sources d'information à l'adresse suivante : [barpi@developpement-durable.gouv.fr](mailto:barpi@developpement-durable.gouv.fr)

Liste de(s) critère(s) pour la recherche "stérilisation 2":

- Contient : Stérilisation

## Accident

### Incendie dans le local électrique d'une usine de matériel médical

N° 48508 - 25/08/2016 - FRANCE - 38 - LE PONT-DE-CLAIX .

C32.50 - Fabrication d'instruments et de fournitures à usage médical et dentaire

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/48508/>



Un feu se déclare au niveau des batteries de condensateurs dans le poste de livraison d'électricité d'une usine de matériel médical. Une alarme incendie se déclenche à 21h16. Le plan d'urgence est déclenché et l'électricité est coupée (demande des pompiers pour pouvoir intervenir). Les employés sont évacués. Les secours éteignent l'incendie vers 22h50 avec des extincteurs à poudre puis avec des cuves complètes de poudre.

Caractéristiques du poste de livraison haute tension (20 kV):

- murs en moellons
- plafond en dalle béton
- surface : 20 m<sup>2</sup>

### Impact de la coupure d'électricité

La coupure électrique du site entraîne la mise en sécurité de l'installation de destruction d'oxyde d'éthylène de l'unité stérilisation. Cet arrêt provoque le rejet de 352 g d'oxyde d'éthylène à l'atmosphère. Les rejets sont quantifiés à l'aide d'un chromatographe installé récemment sur le site.

### Récurrence des feux de batteries de condensateurs

Le site avait déjà été victime d'un départ de feu similaire en 2012. En outre, **d'autres cas similaires sur les 3 dernières années** (2016-2015-2014) sont identifiés chez d'autres exploitants dans la base ARIA. Une expertise technique des batteries incriminées est demandée par l'exploitant auprès de son fournisseur.

Aucune information concernant la durée de vie des batteries de condensateurs n'est transmise par les fabricants. La visite hebdomadaire de contrôle avait été réalisée le matin même par un prestataire externe sans relever d'anomalie (inspection visuelle et contrôle thermographique).

### Mesures prises

Les mesures de vérification ne permettant pas de garantir une absence de départ de feu, l'assureur de l'entreprise demande ainsi de :

- séparer les batteries de condensateurs des tableaux généraux basse tension (TGBT) et de les mettre à côté ;
- séparer les batteries des transformateurs haute-tension ;
- installer des détecteurs de fumée dans les postes haute et basse tension.

L'industriel conserve l'entretien annuel des batteries de condensateurs. Afin d'éviter la propagation d'incendie dans son entreprise, il étudie le déport des batteries de condensateurs à l'extérieur dans un local dédié. Pour celles qui ne peuvent pas être déportées, il envisage de mettre en place un système d'extinction automatique.

## Accident

### Mort par intoxication au chlore dans une piscine

**N° 25278 - 19/07/2003 - FRANCE - 83 - RAMATUELLE .**

*R93.11 - Gestion d'installations sportives*

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/25278/>



Dans un centre de vacances, une forte émission de chlore a lieu dans le local technique d'une piscine. En s'échappant par les gaines des conduits, des émanations gazeuses envahissent des sanitaires situés à 25 m du local et intoxiquent une fillette. Hospitalisée gravement brûlée aux poumons malgré une intervention rapide des secours, l'enfant décède malheureusement 5 jours plus tard. Une dizaine d'autres vacanciers est également incommodée. Un employé chargé de l'entretien des installations a versé par erreur du 'chlore choc stabilisé' à 56 %, contenant du dichloroisocyanurate de sodium déshydraté dans un bidon contenant du 'chlore sec' en granulés à 68 % de chlore actif, dont 65 % sous forme d'hypochlorite de calcium. Certains spécialistes ne s'expliquent pas la présence simultanée de ces produits, tous 2 désinfectants et dont l'incompatibilité est connue. Dans les jours qui suivent l'accident, la Commission de la sécurité des consommateurs (CSC) met en garde les particuliers contre les risques liés à l'utilisation des produits de stérilisation des piscines à base de chlore en rappelant qu'ils doivent être conservés dans leurs emballages maintenus fermés dans un local sec, à l'abri de la chaleur, aéré, non inondable et hors de portée des enfants. Par ailleurs, ces substances doivent être rangées soigneusement pour éviter les confusions et mélanges indésirables, la réaction d'un produit chloré avec d'autres produits même dilués pouvant être à l'origine d'une explosion. La CSC préconise de ne jamais transvaser ces substances dans un autre récipient et de ne jamais réutiliser les emballages vides. La commission rappelle enfin la nécessité d'éviter tout contact avec la peau et les yeux, ainsi que l'inhalation des produits et recommande le port de gants et de lunettes. Selon la DDASS, l'établissement avait fait l'objet d'une mise en demeure en juin 2003 à la suite de plusieurs infractions par rapport à la législation en vigueur. Aucune mise en garde quant aux mélanges des produits chimiques n'aurait été faite par le fournisseur. Le parquet de Draguignan ouvre une information judiciaire pour homicide involontaire. Des travaux sont réalisés, l'aération du local étant notamment renforcée à la suite de la mise en place de 2 puissants extracteurs.

## Accident

### Incendie dans un centre de traitement et élimination des déchets dangereux

**N° 50393 - 19/09/2017 - FRANCE - 39 - ROCHEFORT-SUR-NENON .**

*E38.22 - Traitement et élimination des déchets dangereux*

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/50393/>



Vers 1 h, un feu se déclare dans un hangar de 600 m<sup>2</sup> d'un centre de collecte et prétraitement (stérilisation par chauffage) des déchets d'activité de soin à risque infectieux (DASRI). Un chauffeur, venu récupérer son camion, détecte des fumées. Il attaque le feu à l'aide d'extincteurs mais il se propage rapidement. Les pompiers interviennent avec des lances et déplacent des bennes de déchets présentes à l'extérieur du bâtiment. L'un d'entre-eux est légèrement incommodé par les fumées.

Les systèmes permettant le confinement des eaux d'extinction dans le bâtiment (réglettes à placer à chaque porte d'accès) ne sont pas mis en oeuvre en raison de l'absence de personnel au moment du départ de feu. Par la suite, la chaleur des flammes rend impossible la manipulation de ces dispositifs (retrouvés fondus en fin d'intervention). Le bouchon prévu pour isoler le réseau d'évacuation des eaux du bâtiment par rapport au réseau d'assainissement n'est pas non plus mis en place. Les orifices d'écoulement n'étaient pas en position fermée par défaut et 200 m<sup>3</sup> d'eaux d'extinction s'écoulaient hors du

site.

Du fait de la nature des déchets présents (6 t), le risque de dissémination de contaminants biologiques dans l'environnement est envisagé. Cependant, au moment des faits, l'installation n'abritait ni déchet médical radioactif, ni produit cytotoxique. Le niveau de contamination global des DASRI impliqués n'est pas plus important que celui des ordures ménagères. Le risque de contamination des eaux est donc géré comme pour toute pollution provenant de déchets. Le lit de la VEZE, situé à 100 m du site, est inspecté. Aucune conséquence visuellement détectable n'est constatée. L'exploitant réalise pendant 8 jours une surveillance visuelle du cours d'eau jusqu'à 200 m en aval du site. Des prélèvements et analyses sont réalisés dans les eaux et dans le champ situé à côté de l'établissement.

La partie administrative du site ainsi que les installations techniques du bâtiment principal sont quasiment toutes détruites. Ce site étant le siège social de la société, les moyens matériels nécessaires à la planification des collectes (salle serveur) ont été détruits. L'organisation de la collecte et du traitement des DASRI est fortement affectée. 30 employés du site sont en chômage technique, ainsi que les 130 employés du groupe au niveau national les jours qui suivent.

La remise en service des installations est conditionnée à la révision de l'EDD pour tenir compte de l'accident. Dans le cadre des travaux de reconstruction, l'exploitant met en place :

- un bassin de rétention équipé d'une vanne de rétention, accessible et actionnable à tout moment ;
- un système de détection incendie avec extinction automatique ;
- des exercices incendie réguliers avec les pompiers.

Même si les vérifications périodiques n'avaient révélé aucun dysfonctionnement, l'hypothèse d'un problème électrique est privilégiée, le chauffeur ayant constaté que le feu provenait d'une armoire électrique du local compresseur.

## Accident

### Explosion d'une étuve de séchage d'ampoules d'eau pour préparation injectable

N° 31130 - 09/12/2005 - FRANCE - 27 - VAL-DE-REUIL .

C21.20 - Fabrication de préparations pharmaceutiques

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/31130/>



Une étuve de séchage des parois extérieures d'ampoules d'eau pour préparation injectable (EPPI) est impliquée dans l'explosion survenue dans la laverie d'une usine pharmaceutique. Les pompiers interviennent très rapidement pour sécuriser la zone. Le POI est déclenché. La stérilisation par pulvérisation de fines gouttelettes de peroxyde d'hydrogène et d'oxyde d'éthylène, en cours dans un atelier proche au moment de l'explosion, est a priori à exclure des causes de l'accident. L'absence de départ de feu autour de l'étuve permet d'éliminer une défaillance électrique. 42180 des 53580 ampoules d'eau PPI de 2 ml chargées se sont brisées sous l'effet de la chaleur et de la pression : cette grande quantité d'eau (84 l d'eau) se serait vaporisée (passage de la phase liquide à la phase vapeur) et aurait alors généré une explosion. Deux constats viennent appuyer cette hypothèse : 2 opérateurs ont aperçu une boule blanche avant l'explosion (vapeur d'eau ?), le sol et la laine de roche de l'atelier n'ont pas été mouillés par l'eau libérée. La température atteinte et la durée de chauffe ne sont pas connues avec précision, aucun enregistreur n'existant sur l'étuve.

Le dysfonctionnement du régulateur de température de l'étuve a conduit à une importante

montée en t°C ; pour un seuil affiché de 80 °C, la température dans l'étuve se serait en effet élevée entre 134 et 147 °C. Le dysfonctionnement du régulateur est dû à sa vétusté. Par ailleurs, un ralentissement du flux d'air dans l'étuve en raison d'une charge importante d'ampoules, ainsi que l'arrêt de l'extracteur du circuit de ventilation générale ont contribué à l'accident. Une étude de la température d'éclatement des ampoules de 3 ml séchées en enceinte non ventilée est réalisée ; elle révèle que la température limite d'éclatement se situe autour de 190 °C, la température limite de non-éclatement étant de 180 °C.

L'exploitant modifie son procédé de séchage en utilisant un autoclave à 80 °C. Une soupape de sécurité protège l'enceinte en limitant la pression en cas de défaillance de la régulation de température.

## Accident

### Explosion d'une chaudière.

N° 22387 - 05/11/2001 - FRANCE - 44 - DERVAL .

C10.51 - Exploitation de laiteries et fabrication de fromage

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/22387/>

Une chaudière explose dans une laiterie. Plusieurs anomalies sont constatées lors d'une visite d'inspection de l'établissement à la suite de l'accident : installations de réfrigération à l'ammoniac non conformes à la réglementation en vigueur dont l'une contiguë à la chaufferie, rejets en eau trop élevés saturant la station d'épuration de l'établissement, installation froid UHT sensible à la légionellose en raison d'apports fréquents d'eaux stériles chargées en nutriments et de vidanges hebdomadaires sans stérilisation. L'exploitant est mis en demeure de régulariser sa situation à la suite de ces observations. Une étude des dangers doit également être rapidement réalisée pour valider les aménagements prévus (explosion, incendie, gaz toxique, déplacement de l'unité de réfrigération connexe à la chaufferie, pollution accidentelle des eaux, légionellose...). Le fioul répandu et les terres polluées seront éliminés dans une installation autorisée à cet effet.

## Accident

### Explosion sur un équipement de stérilisation dans une usine agroalimentaire

N° 48973 - 16/12/2016 - FRANCE - 80 - ABBEVILLE .

C10.86 - Fabrication d'aliments homogénéisés et diététiques

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/48973/>



Dans une usine spécialisée dans la préparation et le conditionnement de laits infantiles, une explosion se produit sur un équipement neuf de stérilisation installé sur une ligne récente de conditionnement de laits. Cet équipement permet de stériliser des emballages à l'aide de peroxyde d'hydrogène liquide. Les premiers tests ont été réalisés en août, la semaine de l'accident était la dernière avant la mise en production.

La ligne de production est arrêtée l'avant-veille de l'accident et l'équipement fait l'objet de tests la veille. Le jour de l'accident, vers 13h30, un opérateur aperçoit une fumée blanche, une fuite au niveau de la capacité de stockage voisine du bain de stérilisation, il entend un sifflement et perçoit une odeur de peroxyde. Il déclenche l'arrêt d'urgence et fait évacuer les 3 employés présents. L'explosion se produit vers 14 h. Le désenfumage est enclenché, les

La stérilisation des poches de lait infantile est obtenue en les plongeant dans un bain chauffé de peroxyde d'hydrogène (100 l à 55-60 °C). En fin de cycle, le peroxyde est repris et stocké dans une capacité en acier inox située à côté du bain.

utilités sont coupées, les secours appelés et l'ensemble du personnel évacué. A leur arrivée, les pompiers détectent la présence de H<sub>2</sub>S et de NH<sub>3</sub>. Ils rincent à l'eau les produits épandus qui sont stockés dans le bassin de confinement. Les eaux de rinçage seront éliminées en filière spécialisée.

Le hall de production et la ligne de production sont lourdement impactés. La capacité de stockage voisine du bain est pulvérisée, le souffle de l'explosion a projeté des éléments de la ligne de production à plus de 15 m, la structure du bâtiment est déformée. Des vitres situées à plus de 10 m sont brisées. Les installations sont arrêtées pour une durée indéterminée.

---

## Accident

### Explosion d'un panier de bouteilles en sortie d'autoclave

N° 43100 - 03/12/2012 - FRANCE - 33 - COUTRAS .

C10.86 - Fabrication d'aliments homogénéisés et diététiques

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/43100/>



Un panier de bouteilles de 50 cl contenant de l'aloë vera explose à la sortie de sa stérilisation en autoclave vers 16h50 dans une usine de compléments alimentaires et de cosmétiques. Le lot d'aloë vera concerné rempli dans la journée est mis à stériliser dans 2 paniers à 15h30. Cette stérilisation est habituellement effectuée à 105 °C pendant 30 min mais à la suite d'une légère contamination bactériologique d'un autre lot, la stérilisation est portée à 120 °C pendant 20 min, condition déjà appliquée avec succès au lot contaminé. A la fin de la stérilisation, l'employé sort le premier panier de l'autoclave et le pose sur le sol à 16h45. Le 2ème panier est soulevé et reste suspendu au palan dans l'autoclave. Après 5 min, l'employé déplace le premier panier à l'aide du transpalette pour le transporter dans le magasin, l'explosion a lieu dans le couloir : une première bouteille explose entraînant celle des autres bouteilles du panier. L'employé, choqué et blessé (coupures sur le visage et derrière la tête), court vers la sortie, les pompiers le prennent en charge. Les 100 m<sup>2</sup> de faux plafonds du couloir sont détruits (2 luminaires tombés et le câble d'alimentation sectionné), les en-cours stockés dans le couloir, souillés de verre et de produits, sont en partie détruits. Les 15 employés de l'entreprise sont en chômage technique pour le reste de la semaine. La gendarmerie s'est rendue sur place.

---

## Accident

### Rupture d'une canalisation d'eau chaude alimentant un hôpital central.

N° 20961 - 17/08/2001 - FRANCE - 54 - NANCY .

D35.30 - Production et distribution de vapeur et d'air conditionné

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/20961/>

La rupture d'une canalisation d'eau chaude entraîne l'évacuation de 5 bâtiments, soit 40 personnes. Celle-ci alimente l'hôpital central de la ville. Le bloc de stérilisation de l'hôpital est interrompu.

---

## Accident

### Intoxication dans un centre aquatique

N° 42605 - 15/08/2012 - FRANCE - 17 - JONZAC .

R93.11 - Gestion d'installations sportives

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/42605/>



Des émanations chlorées (Cl<sub>2</sub>) vers 15 h intoxiquent 16 personnes dans un centre nautique. Un important dispositif d'intervention est mobilisé : 37 pompiers dont 2 médecins, 3 personnes du SMUR, 1 infirmier et une dizaine de gendarmes. Les secours évacuent 517 personnes et transportent à l'hôpital 4 des victimes dont 2 enfants, souffrant de maux de tête et d'irritations oculaires. Les bassins sont à nouveau accessibles en fin d'après-midi, mais sous surveillance renforcée des maîtres-nageurs.

L'accident résulte de la conjonction de plusieurs événements : une utilisation inadaptée des produits de chloration, un mauvais fonctionnement des installations de filtration / stérilisation et une ventilation insuffisante de l'espace des bassins.

Le centre nautique reprend ses activités normales le lendemain matin après la remise en état des installations de chloration et de nouveaux prélèvements réalisés par les pompiers.

---

## Accident

### **Emanation d'ammoniac dans l'atelier de fermentation d'une usine agroalimentaire N° 35863 - 17/02/2009 - FRANCE - 80 - MESNIL-SAINT-NICAISE .**

*C10.89 - Fabrication d'autres produits alimentaires n.c.a.*

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/35863/>



Dans un atelier d'une usine d'acides aminés, des émanations d'ammoniac (NH<sub>3</sub>) se produisent vers 9h20 lors d'une phase de stérilisation d'une cuve de fermentation et de ses équipements préalablement à la mise en culture de levures. La vanne d'isolement du circuit d'NH<sub>3</sub> se ferme automatiquement sur atteinte du seuil d'alarme d'un capteur proche. Puis, l'ensemble des vannes d'isolement du réseau NH<sub>3</sub> s'obture automatiquement par baisse de pression dans l'une de ses branches. La canalisation d'NH<sub>3</sub> est ainsi isolée en 1 min. Le personnel de l'atelier est regroupé dans la salle de confinement (salle de contrôle) et 2 personnes de l'équipe d'intervention vérifient l'absence de victime et que le risque est résorbé en utilisant des détecteurs D'NH<sub>3</sub> portatifs. La situation étant maîtrisée en moins de 30 min, le POI qui a été pré-activé notamment par la mise en oeuvre du logigramme de gestion des situations d'urgence, ne sera pas déclenché.

Deux employés incommodés sont hospitalisés quelques heures et placés en observation. La production reprend normalement 1h30 après l'incident. L'exploitant informe les maires des communes voisines de cet événement.

La partie de l'atelier concernée, à l'arrêt depuis plusieurs années, venait d'être remise en service pour le développement d'une nouvelle levure. Après plusieurs essais, l'incident a eu lieu lors de la mise en production du premier lot. Obtenue par circulation de vapeur dans la cuve de fermentation, la stérilisation nécessite si nécessaire de manoeuvrer plusieurs vannes sur la canalisation d'alimentation en NH<sub>3</sub> de la cuve. Une séquence inappropriée de fermeture / ouverture de ces vannes a conduit à une émanation d'NH<sub>3</sub> dans l'atelier par une vanne de purge alors en position ouverte sur cette tuyauterie.

L'inspection des IC, prévenue à 11 h par l'exploitant, constate les faits le lendemain. Plusieurs facteurs ont pu contribuer au rejet d'NH<sub>3</sub> : passation de consignes non satisfaisante entre l'opérateur qui a lancé la stérilisation la veille de l'incident et celui qui l'a finalisée, positionnement du jeu de vannes par l'opérateur initial dans une configuration différente de celle prévue dans le mode opératoire qui prévoit un positionnement en mode manuel du jeu de vannes dans une configuration normalement interdite par l'automate de contrôle du procédé. Lors des essais préalables, il avait été décidé de modifier le mode

opérateur sur la configuration du jeu de vannes à obtenir, sans mettre à jour l'analyse des risques. De plus les essais et la production ont été poursuivis alors que l'analyse des risques et les 1ers essais avaient montré l'intérêt, sur le plan de la sécurité, d'effectuer une modification matérielle de la canalisation. L'IIC souligne la défaillance de la gestion des modifications et demande un rapport d'analyse de l'incident. La canalisation sera modifiée.

---

## Accident

### Déversement de lait fermenté dans l'AUZON.

N° 35084 - 11/08/2008 - FRANCE - 63 - SAINT-GENES-CHAMPANELLE .

C10.51 - Exploitation de laiteries et fabrication de fromage

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/35084/>



Dans une laiterie, 250 palettes de lait fermentent, les briques se sont alors déformées et certaines ont éclaté. Leur contenu s'est alors répandu sur le parking de l'entreprise jusqu'au réseau d'eaux pluviales et dans l'AUZON à proximité. Les salariés découvrent l'incident à 6h30 le lundi et alertent les pompiers qui obturent le réseau pluvial stoppant ainsi l'écoulement vers le ruisseau. Une entreprise spécialisée récupère le lait fermenté présent sur le site, il sera épandu. Le hangar d'entreposage des laits est nettoyé, désinfecté et dératé.

Les fortes chaleurs du week end pourraient être à l'origine de la fermentation des briques de lait. L'exploitant explique par ailleurs à la presse qu'un dysfonctionnement sur une machine de stérilisation neuve pourrait être à l'origine de l'accident, il contacte le constructeur de l'équipement pour déterminer les raisons de la panne. Le service en charge de la surveillance des milieux aquatiques n'a pas constaté d'impact sur l'AUZON.

---

## Accident

### Fuite de vapeur sur un autoclave dans un hôpital

N° 49212 - 30/01/2017 - FRANCE - 68 - MULHOUSE .

Q86.10 - Activités hospitalières

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/49212/>

Vers 9h45, lors d'une opération de maintenance dans un hôpital, une fuite de vapeur d'eau se produit sur une tuyauterie d'un autoclave de stérilisation. Les techniciens déclenchent une alarme incendie. Le personnel du bâtiment administratif est évacué. Les pompiers sécurisent l'installation et les employés regagnent les locaux vers 10h15.

---

## Accident

### Dégagement d'ozone dans une piscine publique

N° 41852 - 06/03/2012 - FRANCE - 34 - BEZIERS .

R93.11 - Gestion d'installations sportives

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/41852/>



La défaillance de l'ozoneur d'une piscine publique vers 15h45 provoque un rejet important d'ozone (O3) dans les sanitaires de l'établissement. Le produit inconfortable les 80 personnes présentes dans les vestiaires (maux de tête, problèmes respiratoires et vomissements), des enfants essentiellement, dont 8 sujettes à allergie et asthme qui sont hospitalisées par précaution. Toutes seront rentrées chez elles vers 20 h. L'intervention qui s'achève à 18h40, a mobilisé 61 pompiers, 10 agents de police et de nombreux véhicules : 12 VSAV, 1

---



SMUR, 6 VRM... Un groupe scolaire (32 personnes) qui avait quitté l'établissement avant l'arrivée de secours est pris en charge dans son école. La piscine avait été inaugurée le 01/02/2012. L'établissement ouvre normalement le lendemain, un dispositif de stérilisation par chloration étant mis en place.

## Accident

### Incendie sur des contenus de déchets dans une polyclinique.

N° 24300 - 26/01/2003 - FRANCE - 69 - RILLIEUX-LA-PAPE .

Q86.10 - Activités hospitalières

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/24300/>

Dans une polyclinique, un feu d'origine criminelle sur 2 conteneurs de déchets dont certains sont contaminés se propage rapidement à 12 autres bacs. Les 14 conteneurs, stockés contre un mur du bâtiment sous un vaste abri à quelques mètres de l'entrée, sont détruits. Le feu lèche les murs et noircit les façades, le double vitrage explose. La fumée s'engouffre dans la lingerie et dans la salle de stérilisation avant de pénétrer dans les gaines où circule un air stérilisé. Les interventions chirurgicales sont annulées 48 h, le temps que l'air soit à nouveau filtré au niveau microbien.

## Accident

### Emanation de chlore dans une piscine.

N° 8350 - 21/03/1996 - FRANCE - 75 - PARIS .

R93.11 - Gestion d'installations sportives

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/8350/>



Une émission de chlore se produit dans une piscine. Les pompiers portent secours à 18 enfants et 2 adultes légèrement intoxiqués. L'installation de stérilisation en sous-sol dispose de 2 réservoirs contenant de l'acide chlorhydrique et de l'hypochlorite de sodium. Lors de la remise à niveau du réservoir d'acide, un employé inexpérimenté (15 jours de présence) dépose de l'hypochlorite dans le réservoir d'acide. L'employé, protégé par un masque, met en service la ventilation. Une partie du chlore gazeux se répand dans le local piscine par la gaine d'extraction qui communique avec la piscine par une large ouverture.

## Accident

### Émanations de chlore dans une piscine municipale.

N° 44638 - 26/11/2013 - FRANCE - 62 - AUCHEL .

R93.11 - Gestion d'installations sportives

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/44638/>



Dans une piscine municipale, des émanations chlorées se produisent vers 16 h lors de la maintenance des équipements de stérilisation de l'eau des bassins. Les secours évacuent 71 personnes dont 4 enfants qui sont incommodés : malaises, nausées et vertiges. La piscine est fermée à minima la journée du lendemain le temps de vérifier l'installation ; 9 employés sont en chômage technique.

## Accident

### Fuite de chlore.

N° 1724 - 02/02/1990 - FRANCE - 91 - BRUNOY .

R93.11 - Gestion d'installations sportives

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/1724/>



Une fuite sur une bouteille de 30 l de chlore alimentant le dispositif de stérilisation de l'eau d'une piscine municipale est à l'origine de l'intoxication de 18 personnes ; 5 enfants et 3 adultes sont hospitalisés.

---

## Accident

**Détection de radioactivité dans une déchetterie.**

**N° 41985 - 05/04/2012 - FRANCE - 13 - MARSEILLE .**

E38.32 - Récupération de déchets triés

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/41985/>

Une source de radioactivité est détectée vers 11h20 dans une benne d'une déchetterie. Les services de secours déchargent la benne et isolent la source (matériel médical de stérilisation par rayonnement) qui est ensuite évacuée par une société spécialisée.

---

## Accident

**Echauffement de farines.**

**N° 12940 - 01/01/1989 - FRANCE - 02 - VENEROLLES .**

C10.11 - Transformation et conservation de la viande de boucherie

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/12940/>

Dans une usine d'équarrissage, des fumerolles se produisent à la suite d'un échauffement de la farine après le traitement de stérilisation et la mise en silo. La température au bout de 48 h a atteint 110 °C. La date et le mois de l'accident sont inconnus.

---

## Accident

**Pollutions des eaux**

**N° 32774 - 07/11/2006 - FRANCE - 60 - SILLY-TILLARD .**

E36.00 - Captage, traitement et distribution d'eau

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/32774/>



Une fuite de chlore sur le système de stérilisation de la station de pompage de la ville pollue la rivière "SILLET" sur 800 m et entraîne une mortalité piscicole.

---