



RAPPORT DE SÉCURITÉ IRATA SN16

QUASI-ACCIDENT : PAS DE NŒUDS EN FIN DE CORDE PROBLÈME AVEC SYSTÈME DE SÉCURITÉ ISSOW DANS L'ANALYSE DE RISQUES

Édition n°	SN16
Date d'émission	28/01/2011
Société émettrice	Comité IRATA pour la santé et la sécurité
État	Rapport de sécurité de membre modifié

Le rapport de sécurité d'un membre a été simplifié et est reproduit ici pour information.

Il n'est pas expliqué clairement comment le L1 en haut est entré dans le plan de secours. Certaines références d'IRATA Code of Practice (ICOP) sont intégrées dans le texte ci-dessous.

1 INCIDENT

- 1.1 L'équipe de cordistes est constituée de techniciens de niveaux 3, 2 et 1 (L3, L2 et L1) ; les L3 et L2 étaient chargés d'effectuer les vérifications visuelles depuis l'extérieur tandis que les L1 étaient en haut comme la personne tierce.
- 1.2 Quatre sets de cordes ont été employés, mais avant de débiter les travaux il était clair qu'un set de cordes était inutile en raison du vent qui soufflait, les mettant hors de portée. Étant donné les cordes de travail disponibles, il a été décidé qu'à la fois les L3 et les L2 travailleraient sur le même set de cordes pour compléter la tâche. En manœuvrant sur le site de travail, le L2 avait demandé au L3 s'il voulait rester sur son set de cordes actuel et le L3 avait répondu « oui ». Cette déclaration a été mal interprétée par le L2 - *Ce qui était supposé était que le L2 devait rester sur son set de cordes jusqu'à ce que le L3 atteigne le site de travail, puis le L2 aurait dû aller sur le même set de cordes que celui auquel le L3 était attaché.* (Le L3 avait déjà informé le L2 qu'ils devaient travailler depuis le même set de cordes, étant donné que le L2 avait été mis au courant de la nécessité de se rendre à un autre set depuis son set actuel de cordes pendant les discussions d'information). (*voir ICOP 2.7.2*)
- 1.3 Le L2 est ensuite descendu sur le set de cordes sur lequel il était et après 10-15 m, son shunt s'est détaché du bout de sa corde de sécurité. Cette corde était à ce moment hors de portée, ainsi le shunt ne pouvait pas être relié. The L2 a ensuite remarqué qu'il n'y avait pas de nœud à l'extrémité de sa corde de travail et qu'il se trouvait avec 15 cm de corde seulement sous son descendeur stop, ce qui était trop court pour bloquer le descendeur.
- 1.4 Le L3 s'est déplacé de manière à ce que le L2 puisse s'attacher au set de cordes auquel il était attaché. Cela a été réussi et le niveau 2 est descendu sur le site de travail. Le L2 et le L3 sont ensuite tous les deux remontés en toute sécurité.

2 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- 2.1 La société « Safe Working Procedure for Rope Access Operations » insiste sur le fait que toutes les cordes doivent être terminées par des nœuds. Il est impossible de dérouler des cordes au travers des grilles si elles sont pourvues de nœuds à leur

Page 1 sur 2

Kingsley House | Ganders Business Park | Kingsley | Bordon | Hampshire | GU35 9LU
t: +44 (0)1420 471619 | f: +44 (0)1420 471611 | www.irata.org

Président-directeur général : Roderick Dymott | Secrétaire : John G Fairley FIAM

IRATA est une société à engagement limitée par garanties et enregistrée en Angleterre sous le n° : 3426704
N° d'immatriculation à la TVA 529 0111 77

extrémité inférieure, aussi, ne pas avoir de nœuds avant que les cordes ne soient déroulées n'est pas en soi une infraction à la procédure. Les cordes ont été correctement déroulées au travers des grilles avec la protection de corde appropriée attachée. Cependant, à la première occasion, le L3 aurait dû tirer les extrémités lorsqu'il se trouvait en position de sécurité et faire des nœuds d'arrêt. (voir ICOP 2.11.3.9)

- 2.2 Le site « ISSOW » (Integrated Safe System of Work) n'a pas reconnu comme dangereuse la descente en rappel hors de l'extrémité de la corde, ce que reconnaît la société « Rope Access Risk Assessment ». On note que depuis la mise en place du système ISSOW électronique, nos analyses de risques n'ont en général pas été utilisées au sein de phases de planification de travail sur site.
- 2.3 Nos analyses de risques pour les activités peuvent être plus détaillées et tous les dangers et les contrôles devraient être soit entrés dans ISSOW ou bien signalés et utilisés comme référence et comme élément de l'autorisation et des réunions d'information de sécurité (voir ICOP 2.11.7.2) comme un système de procédure de travail fiable. (voir ICOP 2.2)
- 2.4 La décision de travailler depuis le même set de cordes est également considérée comme une mauvaise décision et a contribué à la confusion au niveau de la communication. Cette procédure ne doit être appliquée que dans un nombre limité de situations, par exemple en cas d'urgence. Ni la société, ni les documentations IRATA ne recommandaient cette pratique.
- 2.3 Le plan de secours qui avait été convenu manquait de détails et n'avait pas été suffisamment bien compris par l'ensemble des membres de l'équipe. (voir ICOP 2.1.2, 2.2.2, 2.2.5 & 6, 2.11.6.3, 2.11.7.2)
- 2.4 Le L2 n'était pas tout à fait sûr de ce qui était attendu de lui, mais continuait à effectuer son travail sans chercher de confirmation ou à poser de question. Une philosophie d'équipe « Arrêt de sécurité » aurait dû être mise en place dès qu'un doute quelconque apparaissait concernant la méthode d'accès ou un changement au sein de la manière de travailler. Cela aurait permis de s'assurer que tous les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe étaient clairs et compris par tous.

3 FACTEURS CONTRIBUANT À L'INCIDENT

- Mauvaise planification (voir ICOP 2.2.2, 2.2.4, 2.2.5)
- Manque de clarté de la communication (voir ICOP 2.11.10)
- Suffisance
- Manquement au respect de la procédure
- Manquement à l'application de la formation de cordiste

4 ACTIONS À METTRE EN PLACE/MISES EN PLACE

Les actions suivantes ont été mises en place après cet incident :

- 4.1 Rapport de sécurité établi en tenant compte de cet incident et communiqué à tous les sites pour en tirer les leçons - veuillez afficher, reporter et en discuter lors de vos réunions de sécurité.
- 4.2 Processus disciplinaire initié en accord avec la politique « Just Culture » de la société.
- 4.3 Élaboration d'un organigramme « Système de travail sûr » soulignant les systèmes de sécurité de la société combinés aux clients, en particulier les analyses de risques. (voir ICOP 2.2, 2.2.4)
- 4.4 Atelier de reconnaissance des améliorations du système d'autorisation pour assurer au spécialiste du contractant que les analyses de risques sont prises en compte et utilisées comme référence dans le système.

À la lumière de cet incident, cette société encourage les autres à mettre en place une approche proactive pour observer comment leurs systèmes ISSOW assurent la prise en compte des analyses de danger/de risque des activités de spécialistes de leurs contractants.