

**MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'ÉNERGIE ET DE LA MER / DIRECTION
GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION DES RISQUES / SERVICE DES RISQUES
TECHNOLOGIQUES / BARPI**

Résultats de la recherche "CHARGE ACCUMULATEUR" sur la base de données ARIA - État au 02/03/2020

La base de données ARIA, exploitée par le ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer, 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

Liste de(s) critère(s) pour la recherche "CHARGE ACCUMULATEUR":

Accident

Incendie d'une cellule d'essai de charge et décharge de batteries.

N° 17385 - 19/01/2000 - FRANCE - 33 - BORDEAUX .

C27.20 - Fabrication de piles et d'accumulateurs électriques

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/17385/>



Dans une usine fabriquant des accumulateurs électriques, un feu se déclare dans une cellule d'essai de charge et de décharge de batteries. Un important dégagement de fumées noires (non toxiques selon les analyses effectuées) est émis. Les pompiers dont une CMIC interviennent avec d'importants moyens. Les moyens de l'établissement sont toutefois suffisants pour maîtriser le sinistre. L'incendie serait dû à un court-circuit électrique suivi d'une décharge brutale des éléments accumulateurs. Aucune victime n'est à déplorer. Une enquête technique est effectuée. Les éléments en test étaient des batteries au lithium. La détection a été assurée par les capteurs thermiques et de fumée du local. Les effets thermiques ont provoqué des fissures dans les murs (parpaings béton), le blocage et la déformation des portes (acier), la destruction des câblages divers et autres électronique du local. Des mesures techniques (système d'extinction auto, vérification tenue des murs,...) sont adoptées.

Accident

Feu de machine de découpe.

N° 20171 - 23/03/2001 - FRANCE - 21 - LONGVIC .

C28.13 - Fabrication d'autres pompes et compresseurs

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/20171/>



Dans une usine de fabrication de pompes et de compresseurs, un feu se déclare sur une machine à découpe. Deux employés légèrement intoxiqués par la fumée sont hospitalisés.

Accident

Accident de TMD.

N° 21361 - 27/04/2001 - FRANCE - 01 - VARAMBON .

H49.41 - Transports routiers de fret

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/21361/>

Après avoir chargé 8 t d'accumulateurs remplis d'acide sulfurique, un camion-benne se renverse sur la chaussée du fait que le conducteur conduisait dans un état d'ébriété. Une déviation de 3 h est mise en place pour permettre l'évacuation et le déblaiement de la chaussée obstruée par divers objets.

Accident

Incendie sur un conditionneur de batteries

N° 25634 - 28/09/2003 - FRANCE - 59 - DOUAI .

G46.6 - Commerce de gros d'autres équipements industriels

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/25634/>



Un dimanche matin, dans une entreprise de fabrication d'accumulateurs, un feu se déclare dans un atelier de charge alors en service. L'incendie détruit un stockage d'accumulateurs électriques. Alertés par un passant, une quarantaine de pompiers maîtrise le sinistre au moyen de 2 grandes lances puis ventile le bâtiment enfumé. Selon l'exploitant, le coût total des dommages et des travaux est estimé à 225 Keuros. L'incendie serait origine électrique.

Accident

Incendie dans une usine de fabrication de produits de traitement pour piscine

N° 26179 - 12/01/2004 - FRANCE - 73 - LA CHAMBRE .

C20.13 - Fabrication d'autres produits chimiques inorganiques de base

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/26179/>



Un feu se déclare dans une usine de formulation, de conditionnement et de stockage de produits de traitement pour piscines. Le POI de l'établissement et le PPI sont déclenchés. Les personnels de l'usine et de 2 établissements voisins sont évacués et regroupés dans une salle municipale, les principaux axes de communication sont coupés (autoroute A43, route nationale 6, RD 74, voie ferrée Modane-Chambéry) et des mesures de confinement sont mises en place pour 6 communes avoisinantes (La Chambre, St Martin sur la Chambre, St Etienne de Cuines, Notre Dame du Cruet, Ste Marie de Cuines). Du chlore (entre 600 et 800 kg selon les secours et moins de 160 kg selon l'exploitant) issu de la décomposition du dichloroisocyanurate de sodium (DCCNa) utilisé sur le site, se dégage à l'atmosphère. Néanmoins, les capteurs du réseau local de surveillance de la qualité de l'air ne détecteront aucune pollution atmosphérique notable. Finalement, l'incendie est maîtrisé après 5 h de lutte et le PPI est levé 6 h après son déclenchement. Légèrement incommodées, 6 personnes (2 opérateurs, 2 pompiers et 2 habitants) sont hospitalisées.

Les dégâts matériels sont importants : 3 des 7 lignes de production ont été détruites. L'usine est définitivement fermée pour raisons économiques.

Le sinistre se serait déclaré sur la chaîne de conditionnement n° 7 redémarrée 4 h plus tôt après un arrêt pour maintenance. Cette chaîne est constituée d'une trémie haute dans laquelle est chargée le DCCNa qui s'écoule ensuite par gravité vers la machine à conditionner. Un système de filtration permet de capter les poussières chlorées au niveau de la trémie haute puis de les recycler dans la machine de conditionnement. Les causes du sinistre ne sont pas clairement établies. Le sinistre a été initié et alimenté par l'auto-décomposition de DCCNa contenus dans les machines de conditionnement. Plusieurs hypothèses sont avancées quant à l'initiation de cette décomposition : introduction d'une matière réactive dans la trémie de production ou présence de graisse organique au niveau de la vanne de réglage des débits suite à l'intervention de maintenance, pollution sur le système de filtration (présence d'humidité et de poussières organiques après 4 semaine d'arrêt) ayant entraîné la chute de particules en décomposition sur la machine de conditionnement...

Accident

incendie dans une usine chimique avec dégagement de chlore.

N° 29552 - 31/03/2005 - FRANCE - 42 - SAINT-JUST-SAINT-RAMBERT .

C20.59 - Fabrication d'autres produits chimiques n.c.a.

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/29552/>



A 4 h, un feu sur une machine de conditionnement de pastilles de détergent chloré (dichloroisocyanurate de sodium dihydraté - DCCNa) au rez-de-chaussée d'une usine

chimique de 2 000 m² se propage, via la gaine d'aspiration de la machine, aux cuves de mélange situées à l'étage. D'importantes fumées forment un nuage chloré poussé par des vents de nord, nord-est. Un périmètre de sécurité est mis en place et les habitants de 6 communes (Saint-Just-Saint-Rambert, Andrézieux-Bouthéon, Sury-le-Comtal, Chamblès, Saint-Cyprien, Saint-Marcellin-en-Forez et Bonson), alertés par voitures haut-parleurs et par les radios locales, sont invités à se confiner. Néanmoins, des mesures de chlore (Cl₂) effectuées par les pompiers dans un rayon de 1 km autour du site ne relèvent que de faibles concentrations (quelques ppm détectées). Des mesures effectuées au sein du nuage par un hélicoptère de la protection civile montrent également de faibles concentrations de Cl₂.

L'attaque massive de l'incendie avec un important dispositif hydraulique permet de limiter à 350 kg la quantité de produit consommée sur les 10 t stockées dans l'établissement. Le réseau d'eau pluvial du site est obturé pour éviter une pollution du cours d'eau proche. Le dispositif de confinement est levé 4h30 après son déclenchement et 7h30 après le début de l'incendie.

Les eaux d'extinction sont pompées (142 m³) pour être traitées par un établissement spécialisé, tout comme les déchets solides (27 t) et chimiques (28,5 t) récupérés. L'intervention aura été compliquée par les conditions météorologiques instables. Aucune victime n'est à déplorer dans ou à l'extérieur de l'établissement et il n'y aura pas de chômage technique. Deux pastilleuses sont détruites (300 000 F l'unité). Aucune conséquence environnementale n'est relevée.

Un échauffement de la came de remplissage et des poinçons de la machine au contact de la poudre polluée par de l'huile de lubrification et de la limaille de fer sont à l'origine de l'incendie. Plusieurs mesures sont prises : équipement de toutes les pastilleuses d'une sécurité de température haute (50 °C) sur chaque rampe associée à la came de remplissage, contrôle de l'absence de poudre en partie basse de la machine toutes les 8 h et d'huile sur le plateau tourelle des pastilleuses à chaque poste, procédures prévoyant désormais l'arrêt de la production en cas d'anomalie.

Accident

Incendie dans un abattoir.

N° 29666 - 25/02/2005 - FRANCE - 01 - BOURG-EN-BRESSE .

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

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/29666/>

Un feu se propage dans un entrepôt de 200 m² abritant un stock de cartons dans un établissement d'abattage et de découpe de porcs. Un agent d'entretien note vers 8h45 une fumée au-dessus du bâtiment 'de la volaille', tout en détectant des odeurs suspectes au niveau du magasin d'entretien. Un technicien de maintenance coupe l'alimentation électrique par sécurité et une équipe de maintenance intervient avec des extincteurs, puis alerte les pompiers. L'usine est évacuée. Les services spécialisés coupent l'arrivée de gaz et les pompiers maîtrisent le sinistre.

L'établissement dont les installations de réfrigération mettant a priori en oeuvre un frigorigène chloro-fluoré ne semblent pas avoir été atteintes, reprend ses activités à 10h30. Les lieux sinistrés sont déblayés dans l'après-midi avec l'aide des pompiers. Une entreprise spécialisée évacue les déchets collectés dans une benne.

Selon l'exploitant, un acte de malveillance et un problème électrique lié à la présence d'un grand nombre de faisceaux électriques le long des murs et en toiture pourraient être à l'origine du sinistre. La police effectue une enquête et un expert est mandaté par l'assureur. Lors d'une visite d'inspection, l'administration note que le départ du feu s'est

produit sur la toiture d'un local mitoyen et que l'incendie a gravement endommagé le contenu du bâtiment dont une partie de la toiture en fibrociment est détruite.

Plusieurs éléments non conformes à la réglementation sont observés : accident non déclaré à l'administration, eaux d'extinctions orientées sur la station de traitement municipale sans analyses préalables, moyens en eaux (une réserve de 480 m³ d'eau devra être prévue), exutoires de fumées et alarmes incendie insuffisants, établissement dépourvu de plan ETARE, local de charge d'accumulateur inadapté... L'installation de dispositifs anti-intrusion est demandée, ainsi que plusieurs dispositions techniques relatives à la reconstruction du local sinistré : détections incendie et anti-intrusion avec mise en place de procédures adaptées, installation de portes coupe feu et d'exutoires de fumées, flocage de protection de la charpente métallique pour bloquer l'extension d'un incendie éventuel, implantation de dispositifs de lutte (RIA...) suivant la réglementation et les préconisations en vigueur. Un arrêté de mise en demeure et un arrêté complémentaire sont proposés au préfet. L'étude des dangers de l'établissement est actualisée avec l'aide d'un cabinet d'études spécialisé.

Accident

Rupture de canalisations

N° 30799 - 01/07/2005 - FRANCE - 69 - SAINT-GERMAIN-NUELLES .

M72.19 - Recherche-développement en autres sciences physiques et naturelles

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/30799/>

Après une inspection en 2004, un exploitant spécialisé dans l'expérimentation animale pour la commercialisation de médicaments, avait mis en place un plan d'actions pour se mettre en conformité au regard des prescriptions portant sur les seuils réglementaires de ses effluents liquides, en particulier un pH inférieur à 5,5 (pH à 2,5). Ces effluents sont des détergents à base d'acides phosphorique et sulfamique issus de la vidange de plusieurs machines à laver installées en 1985. Le 27/07/05, l'exploitant informe l'inspection d'un important retard dans la mise en place de la station de neutralisation de ses effluents industriels dû au remplacement d'une canalisation endommagée. Le 29/07, une inspection motivée par le risque d'infiltration dans les sols et sous-sols permet de constater la destruction quasi complète de 5 m de canalisation en fibrociment transportant les effluents acides. Le 01/09, l'exploitant déclare qu'une autre détérioration de la canalisation est découverte après une exploration vidéo pour établir un bilan de l'état du réseau. Les activités à l'origine des déversements dans les canalisations endommagées sont alors stoppées et ne reprennent qu'après validation de la réparation et une vérification d'étanchéité. La date des déversements n'est pas connue. Les constats sur le terrain montrent une détérioration des canalisations et l'exposition à des projections acides de plusieurs câblages enterrés. Un avis d'hydrogéologue, le diagnostic initial et l'étude simplifiée des risques concluent à une influence sur les milieux 'eaux souterraines et superficielles' nulle avec un classement en 'site banalisable' de la zone concernée par l'infiltration des eaux acides. Un arrêté préfectoral d'urgence avec arrêt sous 48 h des déversements et un arrêté préfectoral de mise en demeure sont pris. Un bilan complet de l'état des canalisations transportant les effluents industriels et un calendrier des réparations selon la gravité évaluée doivent être établis. La mise en conformité avec les seuils réglementaires pour les effluents liquides doit se faire avec la mise en service de la station de neutralisation.

Accident

Fuite d'NH3 dans un entrepôt réfrigéré.

N° 31216 - 23/09/2005 - FRANCE - 44 - CARQUEFOU .

H52.10 - Entreposage et stockage

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/31216/>



Dans un entrepôt frigorifique construit en 1980, 40 kg d'ammoniac (NH3) fuient d'installations de réfrigération en rénovation contenant 3,5 t de frigorigène.

Avant de remplacer des collecteurs NH3 en hauteur dans un couloir de manutention, un tuyauteur employé par un frigoriste sous-traitant enlève à 10h20 le calorifugeage isolant plusieurs anciennes tuyauteries devant le tunnel de congélation. De la glace se trouvant dans l'isolant, l'ouvrier utilise un marteau et un burin, percute une canalisation et de l'NH3 gazeux fuit dans le quai de manutention. Le responsable d'exploitation fait évacuer ce quai et les bureaux proches 5 min plus tard, puis alerte le directeur en visite clientèle qui donne consigne d'appeler les pompiers, d'avertir le locataire d'une partie des locaux séparée de la zone NH3 et de maintenir le personnel hors du bâtiment. De 10h30 à 11 h, le frigoriste de l'entrepôt et 2 frigoristes sous-traitants ferment les vannes d'aspiration et d'alimentation en liquide des chambres et du tunnel. A 11 h, un technicien accompagné de 2 pompiers recherchent la fuite qui est localisée 45 min plus tard : un trou de 2 à 3 mm sur un piquage du collecteur. La tuyauterie est vidangée et mise sous vide. Des prélèvements d'air à 12h30 montrent l'absence d'NH3 dans la partie des locaux louée, 0 à 4 ppm au 1er étage de l'entrepôt, 4 à 20 ppm au rez-de-chaussée et 50 ppm sur le quai devant le tunnel. Les activités reprennent à 13 h. A la remise en service des installations, seule la vanne de départ liquide du tunnel est isolée, les vannes d'aspirations restant ouvertes pour aspirer le reste de l'NH3 dans les batteries du tunnel.

L'exploitant et le prestataire avaient rédigé un plan de prévention et une procédure d'intervention avant les travaux. Il n'y a pas de victime. Plusieurs mesures sont prises : remplacement des collecteurs et des calorifuges, nouveaux collecteurs placés plus haut (risque de heurt diminué) et calorifugés séparément, réunions avec le prestataire pour un rappel des consignes de sécurité et avec l'équipe d'exploitation pour améliorer la réaction à ce type d'accident, exercice planifié avec les pompiers en 2006. Un arrêté préfectoral impose une étude technico-économique : confinement des canalisations de distribution d'NH3 vers les chambres froides, vannes à sécurité positive commandées à distance, amélioration des conditions d'accès aux installations en hauteur dans le circuit de distribution.

Accident

Fuite de frigorigène.

N° 32349 - 09/10/2006 - FRANCE - 03 - CREUZIER-LE-VIEUX .

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

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/32349/>

Une fuite à priori de fluide frigorigène halogéné se produit vers 14h50 sur les installations de réfrigération d'une usine de steaks hachés. Le local de 800 m² est totalement "enfumé". Les secours isolent l'installation, puis ventilent les locaux. La production a été arrêtée 3 h, mais les 40 salariés de l'entreprise ne seront pas en chômage technique. La municipalité, la sous-préfecture, la police, les services de secours et les services vétérinaires ont été informés des faits.

Accident

Pollution de l'INGON par déversement d'acide sulfurique.

N° 32555 - 20/09/2006 - FRANCE - 80 - MESNIL-SAINT-NICAISE .

C10.62 - Fabrication de produits amylacés

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/32555/>



Une fuite de joint de vanne est détectée sur un bac d'acide sulfurique (H₂SO₄) dans une usine de fabrication de produits amylacés. Une équipe de maintenance purge à 13 h 60 l d'acide dans la fosse de 110 m³ pour permettre le remplacement de la vanne de fond de bac. A 20 h, la phase de régénération (100 m³) de la chaîne d'eau adoucie démarre avec des régénérats orientés vers cette même fosse. Vers 20h40, la pompe de vidange démarre sur détection de niveau haut dans la fosse. Le pHmètre enregistre la baisse rapide du pH sous le seuil d'arrêt automatique (pH = 5), mais la sécurité pH bas ne se déclenche pas à la suite d'un dysfonctionnement du relais de commande ; 20 l d'acide se déversent alors dans l'INGON. A 20h55, l'opérateur de la station d'épuration, prévenu par une alarme sur écran d'un pH trop bas alerte l'opérateur utilités dont l'écran de contrôle indique que la pompe est arrêtée. Voyant que le pH est toujours bas, cet opérateur se rend sur place vérifier la pompe pour constater qu'elle tourne toujours ; il l'arrête et la consigne à 21h04. L'opérateur va ensuite contrôler le point de rejet de Morlemont pour observer de nombreux poissons, mais dont une quinzaine sans vie. Le chef d'équipe du poste Amidonnerie contacte alors le permanent de production qui lui-même prévient le permanent direction. Une cellule de crise est déclenchée le lendemain à 7h35 avant qu'une nouvelle ronde ne soit effectuée pour inspecter l'INGON. De 9h10 à 10h20, une nouvelle inspection depuis le point de rejet jusqu'au confluent avec le canal du Nord permet de constater l'impact en terme de mortalité de poissons, de prélever des échantillons, ainsi que de relever les pH et taux d'O₂ dissouts. De 10 h à 10h45, les pompiers ramassent 11,6 kg de poissons morts sur les berges à 100 m en aval du point de rejet. Le relais de commande de la pompe est remplacé et la fosse de 110 m³ est vidangée vers la station d'épuration via le bassin de confinement.

Accident

Rejets significatifs à la torche à la suite du déchenchement du vapocraqueur.

N° 32567 - 04/09/2006 - FRANCE - 76 - GONFREVILLE-L'ORCHER .

C20.16 - Fabrication de matières plastiques de base

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/32567/>

Dans une usine de fabrication de matières plastiques, le compresseur des gaz craqués du vapocraqueur s'arrête vers 9 h à la suite d'un défaut électrique, entraînant des rejets significatifs à la torche (flamme importante et fumées). Il s'agit d'un compresseur centrifuge multi-étage dont le moteur électrique à vitesse variable n'étant pas ADF, est protégé par un caisson légèrement pressurisé. Les essais de redémarrage du compresseur ayant échoué, le caisson de protection du moteur est enlevé pour examiner ce dernier. Vers 15 h, l'exploitant décide de mettre en repli progressif les unités de l'usine dont les 4 fours en fonctionnement (13 au total) du vapocraqueur. L'unité PEL est arrêtée, les unités HDT, butadiène et aro 3 sont en 'recycle', l'unité polypropylène est en production minimale ainsi que l'exportation en coupe C3. Cette mise en sécurité progressive des unités permet de diminuer la quantité de gaz craqués et donc les rejets à la torche. Vers 16 h, le déclenchement des 2 chaudières du site qui produisent la vapeur nécessaire à l'effacement des torches, entraîne l'apparition de fumées noires au niveau des 2 torches encore en fonctionnement. Ce problème dont l'origine reste à déterminer, est résorbé vers 16h30. A la suite de cet incident, le service électrique de l'usine essaie d'établir un prédiagnostic et fait appel aux techniciens d'une société spécialisée. L'inspection des installations classées demande à l'exploitant de fournir dans les 15 jours un rapport d'incident comprenant la chronologie des faits, une analyse des causes de l'incident, un bilan des flux de matière rejetée précisant la nature et la quantité de chaque produit émis, les effets sur les personnes et l'environnement, les mesures prises pour traiter ces éventuels effets, celles prises ou envisagées pour éviter un incident similaire et pour en pallier les effets, les valeurs des débits de gaz à la torche en fonction du temps ainsi que les valeurs

correspondantes de la pression et du débit de vapeur d'effacement pour chaque torche. Enfin, l'exploitant devra établir la quotation de l'incident.

Accident

Déversement d'effluent de chaulage dans la SORGUE.

N° 32585 - 30/10/2006 - FRANCE - 84 - L'ISLE-SUR-LA-SORGUE .

C20.52 - Fabrication de colles

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/32585/>



Dans une usine de fabrication de colles et de gélatines, une panne de la détection de niveau haut dans une fosse de reprise des effluents entraîne un arrêt en cascade des pompes effluents du chaulage. Le bassin de 400 m³ déborde et des écoulements se produisent dans la SORGUE. La personne d'astreinte répare rapidement le niveau haut et les pompes peuvent redémarrer. Un léger dépôt blanchâtre, dû à la précipitation du carbonate de calcium, est visible dans la SORGUE au droit du débordement mais il n'y a aucun impact visuel en aval.

Accident

Nuage de gaz inflammable suite à la rupture d'un piquage.

N° 32611 - 28/10/2006 - FRANCE - 76 - GONFREVILLE-L'ORCHER .

C20.16 - Fabrication de matières plastiques de base

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/32611/>



Dans une usine de fabrication de matières plastiques, la rupture d'un piquage 1" sur le ballon de refoulement d'un compresseur de gaz propylène provoque, à 7h33, l'émission d'un nuage de gaz repéré par le réseau de détecteurs de gaz. La réaction est stoppée entraînant ainsi une chute de pression, la quantité de propylène libérée est de 500 kg. Le compresseur, muni de vannes d'îlotage télécommandables et qui fonctionnait à 70 °C et 32 bar, est aussitôt isolé. Les opérateurs présents en ARI peuvent alors s'approcher pour identifier l'appareil en cause. Le retour à la normale a lieu 10 min après. Aucune conséquence directe n'est à déplorer, seule l'unité accidentée est arrêtée et sera redémarrée le lendemain après la purge de l'installation, rinçage et le réengazage. L'examen du piquage rompu confirme que la rupture est bien une rupture par fatigue mécanique, c'est-à-dire par fissuration progressive. L'examen des faciès de rupture montre qu'il y a eu une première phase de fissuration il y a plusieurs années. Puis la fissuration progressive s'est poursuivie jusqu'à aboutir à la rupture totale du piquage par rupture ductile, la section du tube restant ne permettant plus de rester dans le domaine élastique. La tuyauterie de purge génère une vibration mécanique permanente, le bossage de l'équipement ayant joué le rôle d'un encastrement créant une zone de sollicitation locale qui a conduit à générer le phénomène de rupture par fatigue. La conception de la tuyauterie était inadaptée pour une exposition importante aux vibrations. L'inspection mise en place sur la tuyauterie n'était également pas appropriée : les plans d'inspection des "petits piquages" qui ont été conduits jusqu'à présent ne prenaient pas en compte le type de fissuration par fatigue en fond de filet, spécifique d'un montage vissé. La vérification des fonds de filet n'avait pas été effectuée. A la suite de cet incident, le piquage vissé est remplacé par un montage emmanché-soudé. Tous les piquages soumis à vibrations sont identifiés ; les montages vissés sont remplacés dans la mesure du possible par un montage de type emmanché-soudé ou, à défaut, le tube fileté est remplacé par un tube neuf plus épais ; les montages installés sur les équipements soumis à la surveillance de l'inspection des IC sont suivis dans les plans d'inspection, les autres équipements sont suivis dans les

plans de maintenance. Par ailleurs, l'exploitant prévoit sur ce compresseur et sur un autre compresseur voisin de réaliser dans les plus brefs délais une modification consistant à renforcer cet assemblage par un cordon de soudure supplémentaire sur le ballon, et à le raccorder au réseau torche par des liaisons flexibles isolées par vannes côté compresseur et côté réseau torche, de façon à supprimer un point fixe préjudiciable dans un environnement soumis à vibrations.

Accident

Incendie dans une usine de fabrication de vernis.

N° 32634 - 11/01/2007 - FRANCE - 73 - DOMESSIN .

C20.30 - Fabrication de peintures, vernis, encres et mastics

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/32634/>



Un feu se déclare vers 7h20 dans un atelier de mélange à chaud (200 m²) destiné à la fabrication de vernis. L'incendie circonscrit un peu après 8 h détruit l'atelier. Le POI est déclenché. Un périmètre de sécurité est mis en place et les maisons proches sont évacuées. La nationale voisine est interdite à la circulation. Selon l'exploitant, 2 opérateurs étaient dans l'atelier au moment de l'accident. La cuve de mélange sur laquelle ils opéraient était en cours de rinçage à l'aide de méthylal technique lorsqu'une explosion a eu lieu, suivie d'un incendie. Un des 2 opérateurs est légèrement brûlé au visage. Les eaux d'extinction de l'incendie sont recueillies, pompées et évacuées par une entreprise spécialisée. Sur place, les pompiers refroidissent 2 cuves remplies de produits semi-finis. Le local est isolé électriquement et un bureau d'étude fait une vérification, l'atelier étant entièrement ATEX. Les canalisations d'amenées de produits sont isolées à l'aide de vannes, puis bouchonnées. Des contrôles sont effectués au moyen d'une caméra thermique, le risque de reprise de feu étant toujours présent (solvant de point éclair 21 °C). Une surveillance est prévue pour la nuit par une société de gardiennage, les pompiers assurant une ronde toutes les 3 h. Le lendemain, à 8h45, le feu étant éteint, le dispositif des secours est levé, le dépotage des cuves est effectué par une entreprise spécialisée. La production de cet atelier représentait 10 à 15 % de l'activité de l'usine.

L'exploitant envisage une modification de son process (suppression des bases solvants, développement du mélange à froid et mélange à chaud sur des produits non inflammables) et ne souhaite pas redémarrer la fabrication sous la forme actuelle. L'inspection des IC n'autorisera le redémarrage des activités situées dans les autres bâtiments qu'après transmission de tous les justificatifs de mise en sécurité de l'atelier (vérification des installations électriques, des éléments de structure, condamnation de toutes les arrivées et départs 'produits', justificatif d'élimination de tous les produits encore présents dans l'atelier). L'origine de l'explosion reste inexpliquée. Une expertise est prévue par l'assureur de l'entreprise, une expertise judiciaire est également diligenté par la gendarmerie. L'entreprise transmet à la DRIRE le 12/01 les justificatifs de mise en sécurité de l'atelier (isolement des canalisations d'arrivée de solvant, prise en charge des 10 t de produits à éliminer, compte-rendu provisoire de l'expertise concluant à l'isolement électrique de l'atelier détruit et du bâtiment V2 et à la possibilité de remise sous tension du reste du site ainsi qu'à l'intégrité de la structure du bâtiment V3 mitoyen de l'atelier). Le rapport d'accident devra intégrer une étude spécifique sur l'aspect risques électrostatiques. En 2003, un incendie avait détruit le site à plus de 75 %, le sinistre était dû à un défaut électrique sur une balance (aria n° 23991).

Accident

Fuite de 200 kg de propylène à la suite d'une rupture de flexible.

N° 32692 - 10/11/2006 - FRANCE - 76 - GONFREVILLE-L'ORCHER .

C20.16 - Fabrication de matières plastiques de base

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/32692/>



Une fuite de 200 kg de propylène liquide a lieu vers 1 h sur un réacteur de copolymérisation en cours de redémarrage dans une usine de matières plastiques de base. Le nuage formé est détecté par le réseau de détecteurs de gaz de l'unité. Les asservissements de l'atelier îlotent la section d'unité concernée, stoppent la fuite et enclenchent la mise à l'arrêt de l'unité. Des opérateurs sous ARI isolent les circuits. L'évènement ne dure que quelques minutes. Le circuit N2 de l'unité sera ensuite purgé de manière préventive.

Dans le cadre de travaux de maintenance sur les installations à l'arrêt depuis le 28 octobre, le réacteur avait été mis sous atmosphère d'azote, un flexible de 60 cm le raccordant au réseau N2 du site. Avant redémarrage de l'unité, une "tournée flexibles" a été réalisée la veille pour déconnecter tous les flexibles des "points d'injection N2". L'un de ces derniers de 3/4" oublié lors des contrôles et qui s'est fissuré au redémarrage des installations est à l'origine de la fuite. La procédure utilisée pour la dépose des flexibles N2 ne prévoyait aucune check-list, mais simplement un plan mentionnant les points d'injection N2 dans l'unité. Lors d'un rapide contrôle visuel, le flexible concerné "tendu" pouvait être confondu avec une tuyauterie fixe, sa faible longueur l'empêchant de former une boucle contrairement aux autres flexibles qui eux n'ont pas été oubliés. L'équipe qui a installé les flexibles n'était pas la même que celle qui les a enlevé.

Une rupture d'un piquage sur un ballon avec fuite de 500 kg de propylène s'est déjà produite le 28/10/2006 (ARIA 32611) et à la suite de l'intervention de l'Inspection des installations classées le 15 novembre, l'exploitant propose plusieurs mesures correctrices techniques et organisationnelles : insertion d'une "check-list" dans la procédure encadrant la dépose des flexibles préalablement au redémarrage de l'unité pour éviter tout oubli, remplacement des flexibles existants par des flexibles résistant à la pression du réacteur, utilisation de flexibles plus longs pour les distinguer visuellement des canalisations permanentes...

Accident

Incendie dans une usine de fabrication d'aliments pour animaux domestiques.

N° 32882 - 12/04/2007 - FRANCE - 62 - WIMILLE .

C10.92 - Fabrication d'aliments pour animaux de compagnie

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/32882/>



Un incendie provoquant un fort dégagement de fumées se déclare dans une usine de fabrication d'aliments pour animaux domestiques. Trois employés incommodés par les fumées sont conduits à l'hôpital. Les pompiers maîtrisent le sinistre à l'aide de 2 lances puis ventilent les locaux.

Accident

Incendie dans un entrepôt frigorifique du marché international

N° 40956 - 18/09/2011 - FRANCE - 94 - RUNGIS .

G46.33 - Commerce de gros de produits laitiers, oeufs, huiles et matières grasses comestibles

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/40956/>



Accident

Fuite d'électrolyte dans une caisse mobile d'accumulateurs usagés

N° 41567 - 31/07/2011 - FRANCE - 64 - MOUGUERRE .

H49.20 - Transports ferroviaires de fret

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/41567/>

Accident

Explosion d'hydrogène sur un bateau à propulsion électrique

N° 42474 - 24/07/2012 - FRANCE - 22 - SAINT-QUAY-PORTRIEUX .

H52.22 - Services auxiliaires des transports par eau

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/42474/>



l'agent retombe inconscient dans l'eau à 1 m du ponton carburant. Les secours hospitalisent l'employé gravement traumatisé, victimes de plusieurs fractures, mais dont le pronostic vital n'est pas engagé. Le canot, poupe éventrée, est partiellement détruit. Aucune pollution des eaux n'est détectée.

Acheté en mai, ce canot était l'un des 3 bateaux de pré-série actuellement en service dans les ports de plaisance bretons avec ceux de Brest (29) et Port-Halligen (56). Leurs autorités sont alertées et l'utilisation des 3 canots est suspendue. La gendarmerie effectue une enquête pour déterminer l'origine de l'accident. Le constructeur et un tiers indépendant réalisent des expertises avant que les plongeurs renflouent le canot.

De l'hydrogène (H₂) aurait été émis par les batteries sèches du bateau qui avait fait l'objet d'essais la veille. A la suite de difficulté de charge de ces accumulateurs, il avait été recommandé de les laisser raccordés à une prise électrique toute la nuit.

Accident

Accident de manipulation d'une bouteille sous pression dans un complexe pétrochimique

N° 42946 - 12/10/2012 - FRANCE - 64 - MOURENX .

N82.99 - Autres activités de soutien aux entreprises n.c.a.

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/42946/>

    

Sur une plateforme pétrochimique, 2 sous-traitants démontent en atelier la crépine d'une bouteille sous pression (accumulateur anti-pulsatoire du circuit incendie, sous 7 bar, permettant d'éviter les coups de bélier sur le réseau) pour vérifier son état intérieur dans le cadre de son inspection périodique quand la crépine est éjectée contre un des employés. Celui-ci est évacué par hélicoptère vers les urgences d'un hôpital en raison des traumatismes graves dont il souffre à l'épaule et au thorax. L'autre employé, en état de choc et victime de lésions auditives, est pris en charge à l'infirmerie du site puis amené à l'hôpital. L'accumulateur (pot hydrochoc fabriqué 18 ans plus tôt et équipé d'une vessie interne) n'avait pas été préalablement dépressurisé. En l'absence de la contre-pression apportée par l'eau du réseau incendie, la vessie occupait tout le volume interne et n'était retenue que par la crépine. Lors du retrait du jeu de brides et du joint d'étanchéité, la vessie sous pression a propulsé la crépine. Il n'y a pas de rupture de l'enceinte de la bouteille et la dernière attestation de requalification périodique datée de 3 ans ne mentionne aucune anomalie. Les documents fournis par le fabricant comportant les mesures préventives à prendre avant le démontage de l'équipement et mis à disposition de l'entreprise sous traitante (évacuation de l'azote de la vessie avant le retrait de l'écrou de fixation du corps de l'appareil et du jonc d'arrêt de la crépine) n'ont pas été consultés avant l'intervention, l'entreprise sous traitante ayant déjà réalisé cette opération à plusieurs reprises sur ce type de matériel.

Accident

Feu dans une usine de fabrication de batteries électriques.

N° 44998 - 25/02/2014 - FRANCE - 29 - ERGUE-GABERIC .

C27.20 - Fabrication de piles et d'accumulateurs électriques

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/44998/>

    

Dans le département R&D d'une usine fabriquant des batteries électriques, au lithium, un feu se déclare vers 13 h dans un congélateur abritant des déchets de cellule et un module, situé dans l'un des 3 compartiments du local coupe-feu de 5 m² au centre du bâtiment.

Le bâtiment est évacué (50 personnes). Il n'y a pas de blessé. Les pompiers arrosent la porte coupe-feu et laissent brûler les produits. L'incendie est éteint vers 16h30 après un ajout de sable. Les 200 l d'eau utilisés sont récupérés. A 18h30, des employés et les pompiers évacuent les résidus ainsi que les cellules non détruites du compartiment voisin pour les entreposer à l'extérieur. Des analyses atmosphériques sont effectuées et confirment l'absence de pollution. Les 3 compartiments sont endommagés par l'incendie mais les dispositifs coupe feu ont parfaitement fonctionné et le bâtiment principal et la production ne sont pas impactés. Dans le cadre d'un projet sur le recyclage déchets, 2 cellules chargées (E) d'un module devaient être expertisées au microscope. L'opération comprend un démontage puis un découpage d'échantillons. Ce découpage détruit les protections intrinsèques et doit être obligatoirement réalisé sur des produits préalablement congelés.

Le jour de l'incident, l'opération s'est avérée plus longue suite à un problème technique et un début de décongélation a activé les échantillons chargés et provoqué l'emballement thermique puis le feu. L'entreprise revoit ses procédures d'analyse R&D notamment pour le travail sur cellules chargées.

Accident

Explosion d'un accumulateur à azote dans une usine automobile

N° 45293 - 20/05/2014 - FRANCE - 59 - MAUBEUGE .

C29.10 - Construction de véhicules automobiles

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/45293/>



Dans l'atelier de maintenance d'une usine automobile, des opérateurs rechargent vers 10h30 un accumulateur à vessie (Ps accu = 40 bar ; résistance vessie = 20 bar) à l'aide d'une bouteille d'azote à 200 bar.

Après plusieurs essais infructueux, la vessie éclate (déflagration) et l'accumulateur se déplace d'une dizaine de mètres. La crépine qui maintient en place la vessie est projetée et blesse sérieusement un opérateur.

Cinq employés blessés, dont 2 gravement, sont pris en charge par les secours et transportés à l'hôpital.

Le service de l'administration en charge des équipements sous pression (ESP) réalise une enquête. Il apparaîtrait que le remplissage de l'accumulateur à partir de la bouteille de 200 bar a été effectué sans utiliser de détendeur.

Accident

Rejet aqueux présentant une concentration de plomb supérieure aux normes

N° 46597 - 16/02/2015 - FRANCE - 59 - LILLE .

C27.20 - Fabrication de piles et d'accumulateurs électriques

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/46597/>



Au retour d'un week-end, le technicien en charge de la station de traitement physico-chimique d'une usine de fabrication de batteries au plomb constate l'arrêt de la station et des dépassements des concentrations de plomb dans les effluents. Il constate également un défaut de pH en entrée station, une couleur verdâtre en entrée du bassin tampon et la présence de mousse importante dans la cuve à chaux de la station. Il redémarre la station pour éviter un débordement du bassin tampon en tentant de rétablir le pH de l'effluent.

Le pH basique en entrée de station est consécutif à l'emploi d'un détergent basique non dilué utilisé dans le cadre d'une opération de nettoyage des sols en fin de poste. Ces eaux de lavage basiques ont été envoyées à la station de traitement des eaux. Compte tenu de la faible quantité d'eaux acides envoyée en fin de poste à la station, les effluents basiques n'ont pas pu être neutralisés. La présence de mousse dans la cuve à chaux a bloqué l'opération de floculation et généré une quantité importante de matières en suspension chargées en plomb. Ces effluents se sont ensuite retrouvés dans le réseau communal.

Suite à cet accident, l'exploitant s'équipe de stock d'acide sulfurique pour neutraliser ses effluents en cas d'incident similaire. Il procède au curage et à la vidange de la cuve à eau de la presse à boue et du bassin de décantation. Il met en place une procédure de traitement des variations de pH avec des produits anti-mousse.

Accident

Feu dans un condenseur d'une centrale nucléaire

N° 46800 - 02/07/2015 - FRANCE - 76 - PALUEL .

D35.11 - Production d'électricité

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/46800/>



Un feu se déclare à 22h30 sur l'unité de production n°2 d'une centrale nucléaire. Le réacteur est en arrêt programmé pour maintenance. Ce départ de feu est localisé en salle des machines dans la partie non nucléaire des installations. Le plan d'urgence interne (PUI) du site est activé. Le personnel présent dans la salle des machines et dans les bâtiments adjacents est évacué. Les pompiers localisent le foyer de l'incendie à l'intérieur d'un des condenseurs. Ils mettent en place un dispositif important : 4 lances, 2 RIA et 1 canon. Le risque d'exposition aux particules fines étant présent, ils interviennent avec des protections adaptées (appareil respiratoire et tenue papier).

L'incendie se propage à un 2nd condenseur. Les pompiers sollicitent des experts pour définir un dispositif alternatif d'extinction pour feu de métaux avec un agent d'extinction approprié. La technique retenue est similaire à celle utilisée pour les extinctions de feu de silos. Le lendemain à 8 h, le sinistre est maîtrisé. Le dispositif est maintenu et la température des équipements surveillée en 14 points. Le feu est déclaré éteint à 22h50. Le PUI est levé à 23h40. Les pompiers quittent le site le 04/07 à midi. L'exploitant assure une surveillance de la température des équipements. Les eaux d'extinction sont collectées.

Des travaux par points chauds mis en cause

L'unité était en visite décennale. Le condenseur faisait l'objet d'une rénovation complète, consistant à remplacer tous les tubes en titane qui le composent. Une intervention de découpe de structures internes du condenseur à l'aide d'une torche à plasma était en cours lorsque l'incendie a débuté. Selon les premières analyses de l'exploitant, ces travaux par points chauds pourraient être à l'origine du sinistre.

Le condenseur : sa fonction est de condenser la vapeur sortant de la turbine via un appareil formé de milliers de tubes dans lesquels circule de l'eau froide prélevée dans la Manche.

Les inspecteurs de la sûreté nucléaire se rendent sur place le 08/07. Ils constatent que la présence de titane n'apparaît pas avoir été identifiée préalablement au déroulement du chantier. De plus, ils relèvent que l'analyse des risques associée ne mentionnait pas l'utilisation d'une torche à plasma pour les opérations de découpe, mais uniquement d'une meuleuse électrique. Sur la base de leurs conclusions, l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) demande à l'exploitant de réaliser une étude détaillée de l'évènement afin de définir des actions correctives

permettant de tenir davantage compte du risque de feu de métaux sur les chantiers par points chauds. Elle lui demande également de veiller à la complétude des analyses de risques préalables à la réalisation des chantiers et des permis de feu délivrés pour des travaux par points chauds. Ces éléments, ainsi que l'analyse de l'impact du sinistre sur les éléments importants pour la protection, feront l'objet d'un examen par l'ASN dans le cadre de l'autorisation de redémarrage du réacteur.

Accident

Fuite d'ammoniac dans un local de stockage de produits d'entretien

N° 47118 - 02/09/2015 - FRANCE - 21 - DIJON .

Q86.10 - Activités hospitalières

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/47118/>



Vers 14h30, dans un hôpital, une odeur suspecte est détectée dans un local de 55 m² servant au stockage de produits d'entretien. Les secours effectuent une reconnaissance sous appareil respiratoire isolant. Une concentration de 50 ppm d'ammoniac est relevée. Deux batteries d'auto-laveuse semblent être à l'origine de l'incident. Elles sont prises en charge par le service technique du centre hospitalier. Le local est remis sous VMC et reste fermé jusqu'à dissipation des polluants.

Accident

Fuite d'acide dans une usine de batteries et d'accumulateurs

N° 47361 - 11/09/2015 - FRANCE - 59 - LILLE .

C27.20 - Fabrication de piles et d'accumulateurs électriques

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/47361/>



Dans une usine classée Seveso seuil haut qui fabrique des batteries en plomb, un déversement d'acide se produit vers 7h30 dans un atelier. Le rejet entraîne une saturation de la station de traitement des effluents du site (STEP), ainsi que le dépassement des valeurs limites d'émission en plomb des effluents entre le 11/09 et le 18/09.

Traitement à chaud de l'accident

Après la découverte du rejet, l'exploitant arrête les opérations de vidange en cours dans ses ateliers ainsi que la STEP. Il calibre la sonde de niveau défaillante et vérifie les autres capteurs sur les cuves contenant des acides. De la soude est injectée dans un bassin de la STEP afin d'améliorer le pH. Une société spécialisée prend en charge, pour traitement, les 20 t d'eaux acides encore présentes dans la rétention de l'atelier.

Causes de l'accident

Le dysfonctionnement d'une sonde de niveau sur un stockage serait à l'origine des faits. Le trop plein d'une cuve s'est ainsi déversé durant la nuit dans une rétention. Comme le clapet d'isolement de la rétention était cassé, l'effluent s'écoule dans le réseau d'égouts du site puis dans la STEP.

Après analyse du rapport d'accident, l'inspection des installations classées constate l'absence de procédure interne au site pour faire face à un déversement important d'acide vers la STEP. Par ailleurs, la station n'est pas pourvue d'un bassin de confinement permettant de collecter et neutraliser les déversements accidentels.

Mesures prises

La STEP est remise progressivement en service à partir du 14/09. Les résultats d'auto surveillance des rejets du site sont conformes à partir du 21/09. Le clapet d'isolement cassé est réparé le 25/09. L'exploitant installe par ailleurs un obturateur de réseau (ballon) dans la rétention. Concernant l'aspect organisationnel, une procédure est rédigée pour encadrer l'alerte et la gestion d'un déversement important d'acide au niveau des rétentions des stockages acides.

Accident

Départ de feu en salle des machines

N° 47686 - 12/02/2016 - FRANCE - 76 - PALUEL .

D35.11 - Production d'électricité

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/47686/>

Vers minuit, un feu se déclare dans la salle des machines de l'une des tranches d'une centrale nucléaire. Son origine se situe sur le condenseur. Le personnel l'éteint à l'aide d'un extincteur.

Le réacteur était en arrêt programmé pour maintenance. Des travaux d'oxycoupage étaient en cours dans le condenseur. Du métal fondu, issu de la découpe d'une plaque métallique d'un poumon du condenseur, est tombé au sol sous une bâche ignifugée provoquant un départ de feu.

Un feu était déjà survenu au cours de l'arrêt, 6 mois plus tôt, sur le condenseur, également dans le cadre de travaux de découpe (ARIA 46800).

Accident

Incendie dans une usine fabriquant des batteries au plomb

N° 48490 - 18/07/2016 - FRANCE - 59 - LILLE .

C27.20 - Fabrication de piles et d'accumulateurs électriques

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/48490/>

A 2 h, un feu se déclare dans la zone de charge d'une usine de fabrication de batteries au plomb acide. L'alarme POI, en lien avec le détecteur de fumées, se déclenche. L'agent de gardiennage éteint l'incendie avec un extincteur à poudre. L'alimentation électrique du chargeur en cause est coupée à 2h20. La sirène POI est désarmée à 3h08 pour arrêter le signal sonore d'une portée de 1 km. Réarmée à 4h29, la sirène se met en défaut, redémarrant le signal sonore. Le relais de la sirène est débranché à 5 h. De nombreux riverains sont incommodés par l'alarme sonore. Une vingtaine de batteries sont à remplacer pour un montant de 2 000 EUR.

L'incendie est dû à une surchauffe des connexions au moment du cycle de charge à 100 A après une décharge à 15 A. Un court-circuit dû à un jeu entre les câblots et les vis est à l'origine de l'incendie. Ce serrage défaillant des câblots est expliqué par l'utilisation de câblots d'une ancienne référence car l'équipement était en quantité insuffisante et la demande d'un client urgente. Le couple de serrage n'a pas été respecté et la visseuse utilisée n'était pas contrôlée. La ronde du gardien, effectuée toutes les deux heures, n'a pas été suffisante pour identifier l'incident en cours.

Afin d'éviter ce type d'accident, l'exploitant :

- réalise un tri des câblots et prévoit de vérifier le stock réel lors des changements de référence ;

- paramètre les visseuses selon les recommandations commerciales et les contrôle tous les 3 mois afin d'améliorer le serrage des câblots ;
- met en place une maintenance préventive sur l'ensemble des câbles des chargeurs ;
- étudie la mise en place d'une caméra vidéo de surveillance dans la zone de charge avec report au poste de garde du site.

Accident

Inondation d'une industrie automobile

N° 51897 - 11/06/2018 - FRANCE - 89 - FOUCHERES .

C29.10 - Construction de véhicules automobiles

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/51897/>

Lors d'un orage, les quatre bâtiments d'un constructeur automobile sont inondés pendant la nuit. L'activité de l'entreprise est mise à l'arrêt. Les énergies desservant les locaux de charge d'accumulateurs sont coupées. L'exploitant procède au nettoyage. Dès le lendemain, 2 des 4 bâtiments impactés sont remis en fonctionnement. Les bassins de la zone industrielle sont pleins.

Un appel à la vigilance sur la fermeture des vannes de confinement est effectué par l'inspection des installations classées.

Accident

Incendie d'accumulateurs usagés dans une aciérie

N° 52740 - 01/08/2018 - FRANCE - 03 - COMMENTRY .

C24.10 - Sidérurgie

<https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/accident/52740/>

Vers 17h55, un feu se déclare lors d'une opération de déchargement dans une benne d'un panier d'accumulateurs NiMH (nickel-hydrure métallique) usagés, préparé pour charger un four à arc dans une aciérie. Des flammes se dégagent de la benne ainsi que des fumées blanches. L'incendie concerne les enveloppes en plastique des accumulateurs. Le personnel recouvre le feu avec du sable. Les pompiers maîtrisent l'incendie à l'aide de mousse. Les ferrailles et les accumulateurs impliqués sont recyclés dans le four à arc de l'entreprise.

L'incendie est dû à la non prise en compte du caractère particulièrement inflammable des nouveaux déchets enfournés. Le déchargement d'un panier en dehors du four, dû à la déprogrammation d'une coulée, est une opération rare. Elle ne posait pas de problème avec les charges historiquement enfournées par l'exploitant. Ces charges étaient composées de ferrailles métalliques incombustibles. Mais les nouvelles activités de recyclage de déchets métallifères et notamment des accumulateurs NiMH intégrant une enveloppe plastique ne sont pas adaptées aux anciennes pratiques qui consistent à enflammer la corde de maintien des paniers pour permettre à celui-ci de libérer sa charge. Lors de l'inflammation de la corde, les accumulateurs, en fond de panier et au contact de la corde se sont également enflammés, et notamment les plastiques. Ce mode opératoire de déchargement des paniers en dehors des fours ne fait pas l'objet de procédures.

La présence de ferrailles métalliques qui recouvraient les batteries dans la benne n'a pas permis une extinction rapide du feu.

Suite à l'incendie, l'exploitant met en place les actions suivantes :

Les paniers de chargement des fours à arc sont des paniers à lamelles métalliques maintenues par une corde qui brûle et libère la charge lors de

- modifier le mode opératoire de déchargement des paniers hors du four à arc sans avoir à brûler la corde ;
 - sensibiliser les opérateurs à être vigilants à toutes les évolutions des situations de travail et à solliciter les services supports, dont HSE, en cas de situation nouvelle, non procédurée.
-

l'enfournement dans le four à arc déjà chaud. Lors d'un besoin de déchargement d'un panier en dehors du four, cette corde est enflammée pour libérer la charge dans une benne. Cette opération est rare.