

[Abonnez-vous](#) | [Voir ce message dans votre navigateur](#)



# **La Veille Sécurité**

*Quelques thèmes et événements de sécurité sélectionnés par la DSAC*

**#36/2020**

**// Vu sur le net**

---

## **Passagers et PNC blessés lors du passage d'un A380 d'Emirates dans une zone de turbulences sévères**



Le 10 juillet 2019, un A380 d'Emirates assurant la liaison Auckland (Nouvelle-Zélande)-Dubai (Emirats Arabes Unis) s'approche du point IDASO, situé dans le Golfe du Bengale. Il fait nuit ; l'avion vole à M 0.84 au F L400. L'équipage a été informé que d'autres avions se sont écartés de ce point en raison d'une activité orageuse. Arrivé à environ 40 NM (soit 5 minutes de vol) du point IDASO, l'équipage allume, par précaution, la consigne lumineuse *Attachez vos ceintures* sans pour autant en informer l'équipage commercial. Soudain, alors que l'avion approche d'IDASO, des turbulences sévères secouent le quadriréacteur. Le phénomène dure 20 secondes et se poursuit, de façon plus

modérée toutefois, pendant plusieurs minutes. Le copilote (PF) tente d'éviter une échappée de vitesse vers MMO en sortant les aérofreins. Durant l'opération, la perte d'altitude de l'avion reste modérée. En cabine, en revanche, la situation est plus préoccupante. Les PNC, qui n'avaient pas été informés oralement du risque de turbulences et continuaient à assurer le service aux passagers, sont blessés ; il en va de même pour plusieurs passagers. Au total, 13 PNC et 13 passagers sont blessés légèrement et un passager, qui se trouvait dans une toilette à l'arrière de l'avion, l'est plus gravement. Plusieurs panneaux de plafond, situés à l'arrière de chacun des deux ponts de l'avion, sont endommagés par le choc des personnes projetées en l'air. Une analyse de la situation conduit l'équipage à poursuivre le vol jusqu'à sa destination prévue, où il atterrira sans autre incident.

Le rapport publié par l'AAIS (organisme d'enquête des Émirats Arabes Unis) souligne que les pilotes n'ont pas respecté le manuel d'exploitation de la compagnie en n'informant pas les PNC de l'entrée imminente de l'avion dans une zone de turbulences. Cette information leur aurait permis de se préparer et de préparer la cabine au danger. Les pilotes n'ont, par ailleurs, pas utilisé pleinement les capacités du radar météo de bord, alors que des fonctionnalités disponibles sur A380 leur auraient permis de connaître plus précisément les marges avec la zone dangereuse. De plus, l'équipage n'a pas demandé de mise à jour des informations météo, ni au contrôle aérien, ni aux autres pilotes, alors qu'il approchait de la zone qu'il savait concernée par une activité convective.

L'AAIS conclut son rapport avec six recommandations de sécurité. Trois sont adressées à Emirates : améliorer la planification des vols sur certaines routes connues pour leurs conditions météorologiques particulières, rendre plus accessibles et plus visibles les barres de retenue, réduire les risques de choc dans les zones de repos des équipages. Trois autres concernent Airbus : rendre plus claires les explications relatives à la détection des turbulences en air humide, améliorer les systèmes d'alerte de bord en la matière, permettre l'enregistrement des données de précipitations détectées par le radar météo embarqué telles qu'elles figurent sur le ND de façon à améliorer la formation

des pilotes.

 [Rapport](#)

---

## Évaluation incorrecte de la distance rotor-relief par un pilote d'hélicoptère en vol stationnaire



L'accident survenu le 30 août 2016 dans les environs de la commune de Salvan (canton du Valais – Suisse) illustre les risques inhérents au vol stationnaire en hélicoptère, à proximité du relief et dans un environnement contraint. L'accident survient lors d'une opération de dépose de trois ouvriers qui doivent intervenir sur un pylône de ligne électrique à haute tension. Le lieu de dépose est un replat rocheux situé à flanc de montagne, à proximité du pylône et trop exigu pour pouvoir y poser les deux patins du train d'atterrissage en même temps. Le pilote avait effectué plusieurs déposes à cet endroit avec un autre type d'hélicoptère lorsque les câbles de la ligne électrique n'étaient pas encore en place : les approche s'étaient alors faites face à la pente, par le dessous. Les câbles désormais posés, une autre technique d'approche s'est imposée, que le pilote réalise pour la première fois le jour de l'accident : parallèlement aux câbles électriques (et au relief, qu'ils longent) et par le dessus. Le relief sur sa gauche, le pilote effectue un vol stationnaire et son assistant, sorti le premier, aide les trois autres passagers à débarquer un à un. Lorsque le deuxième débarque, le délestage de masse fait dévier l'hélicoptère vers la droite. Le pilote le repositionne mais, ce faisant, le rotor principal heurte le relief : déstabilisé, l'hélicoptère se renverse sur le flanc droit, tombe et s'immobilise environ 17 m en contrebas. Le troisième passager est éjecté mais est indemne ; le pilote s'extrait de l'épave avec l'aide de l'assistant.

Le rapport que vient de publier le SESE (organisme d'enquête suisse) conclut que la perte de contrôle de l'hélicoptère résulte d'une évaluation incorrecte de la distance par rapport à la pente. Les conditions de luminosité au moment de

l'accident – 22 minutes après le lever du soleil avec un ciel fragmenté – n'étaient pas optimales et affaiblissaient le contraste entre les pales et les rochers.

 [Rapport](#)

## // Vu parmi les événements notifiés

---

*Avertissement : les événements de cette rubrique sont en général proposés non seulement pour le risque qu'ils mettent en évidence mais aussi pour la représentativité de la notification et/ou l'analyse qui en est faite, qu'elle émane du notifiant lui-même ou du service chargé de la sécurité de sa structure. Les événements sont publiés sans autre modification que la désidentification. Des imprécisions peuvent donc subsister et certaines données de contexte peuvent être manquantes.*

### Un atelier de maintenance découvre une erreur d'installation de masques à oxygène passagers faite par un sous-traitant

**Un atelier de maintenance rapporte :** [...] avons constaté la mauvaise installation des masques oxygène passagers (AMM 35-[...]) dans 19 containers oxygène côté droit et 19 côté gauche. Les anneaux individuels des masques ont été trouvés sertis dans l'anneau même de la goupille et non enfilés dans la goupille. Un container oxygène trouvé avec les 4 masques internes non raccordés sur la goupille de percussion (goupille en place sans masques reliés).

**Analyse de la compagnie :** En cas de besoin des masques, les passagers [de toutes les] rangées auraient été obligés d'être accolés à 30 cm les uns des autres pour utiliser les masques. Ceux qui n'étaient pas raccordés à la goupille (sur une rangée), n'auraient jamais percuté la cartouche. Suite info CTL, une dépose PSU ou un test des portes des masques ne permettent pas de voir les défauts (sauf facteur chance). Un PSU neuf arrive avec une flamme à retirer et 'normalement' les anneaux des masques sont tous sur l'axe de la goupille sauf un dans l'anneau (il n'y avait pas de flamme). Pour positionner tous les

masques dans l'anneau de la goupille, il est nécessaire de l'ouvrir à l'aide d'une pince, puis la refermer. Il n'est pas concevable que ce soit une violation, mais plutôt une incompréhension du fonctionnement du système qui a amené un opérateur à faire ce type d'erreur (la manipulation a été répétée [plusieurs dizaines de] fois et a donc pris un temps considérable.

[...] L'intervention sur [l'avion] a eu lieu [chez le sous-traitant XXX]. Investigation en cours avec vérification d'avions supplémentaires : celui avant et celui après l'intervention sur [l'avion concerné]. [...] Supposons un défaut de réalisation dû à une méconnaissance technique. [...] Les deux avions sont passés chez [XXX] avec application de [référence carte de travail]. Suite à l'inspection effectuée sur [les deux avions], aucune non-conformité n'a été relevée sur l'installation des masques O2 pax. [...] Attente plan d'action [...].