

Rapport de contrôle de l'inspection des installations classées		
Référence : UD-R-CRT-18-112-LB		
Nom et adresse de l'établissement contrôlé		Code DREAL
Société KEM ONE Quai Louis Aulagne, BP 35 SAINT-FONS		S3IC 0061-03724 Priorité DREAL <input checked="" type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> Autre Régime <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> NC SEVESO <input checked="" type="checkbox"/> HAUT <input type="checkbox"/> BAS
Activité principale : Fabrication de matières plastiques		
Date du contrôle : 26/03/2018		
Équipe d'inspection : Ludovic BATTISTA (UD-R) et Annelaure GAUTHIER (BARPI)		
Type de contrôle		
<input checked="" type="checkbox"/> Inspection approfondie	<input checked="" type="checkbox"/> Inspection annoncée	<input type="checkbox"/> Inspection planifiée
<input type="checkbox"/> Inspection courante	<input type="checkbox"/> Inspection inopinée	<input checked="" type="checkbox"/> Inspection circonstancielle
<input type="checkbox"/> Inspection ponctuelle		
Circonstances du contrôle		
<input type="checkbox"/> Plan de contrôle de la DREAL	<input type="checkbox"/> Plainte	
<input checked="" type="checkbox"/> Incidents du 06/12/2017 et 29/01/2018	<input type="checkbox"/> Autre :	
Thème du contrôle : Gestion des événements		
Principale(s) installation(s) contrôlée(s)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salle de conduite des ateliers PVC Poly3 et Poly4</li> <li>• Atelier Poly4 (trou d'homme, tampon de lavage et tampon de visite de l'autoclave n°53)</li> <li>• Pompes P 162 A &amp; B, P 302 et P 304</li> </ul>		
Référentiel(s) du contrôle		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Code de l'environnement : Articles L.515-33 et R.512-69</li> <li>• Arrêté ministériel du 26 mai 2014 relatif à la prévention des accidents majeurs dans les installations classées mentionnées à la section 9, chapitre V, titre Ier du livre V du code de l'environnement : Articles 5 et 8 et Annexe I</li> <li>• Arrêté préfectoral du 18 mars 1983 modifié, Article 2 §1.3</li> </ul>		
Personne(s) rencontrée(s) et fonction(s)		
Nom	Société	Qualité
M. CONSONNI	KEM ONE	Directeur de l'usine de Saint-Fons
M. JAN	KEM ONE	Responsable Service HSE
Mme COPPENS	KEM ONE	Ingénieure Sécurité des Procédés et Environnement
M. ROLLET	KEM ONE	Technicien Sécurité des Procédés et Réglementation ICPE
Voir Annexe 1	KEM ONE	Autres fonctions
Copies	<input checked="" type="checkbox"/> Exploitant DREAL : <input checked="" type="checkbox"/> Chrono <input checked="" type="checkbox"/> PRICAE <input checked="" type="checkbox"/> Cellule RT <input type="checkbox"/> Autre :	

## Constats de l'inspection

### I – Contexte

L'usine KEM ONE de Saint-Fons est une ICPE Seveso seuil haut.

Conformément à l'article L 515-33 du Code de l'environnement, l'exploitant KEM ONE est tenu de mener une politique de prévention des accidents majeurs *« conçue pour assurer un niveau élevé de protection de la santé publique et de l'environnement et est proportionnée aux risques d'accidents majeurs. Elle inclut les objectifs globaux et les principes d'action de l'exploitant, le rôle et l'organisation des responsables au sein de la direction, ainsi que l'engagement d'améliorer en permanence la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs. »*

Conformément à l'article 8 de l'arrêté ministériel du 26 mai 2014, en référence sur la page de garde, cette politique est décrite dans un système de gestion de la sécurité, dont les dispositions sont définies en annexe I du même arrêté.

La présente inspection a fait suite à deux incidents survenus le 6 décembre 2017 et le 29 janvier 2018 dans le secteur PVC de l'usine et ayant conduit à des rejets de CVM sous forme liquide et gazeuse, dans l'atmosphère (estimé respectivement à 270 kg et 1135 kg), dans certains locaux de l'usine et dans les effluents aqueux.

Conformément à l'article R.512-69 du code de l'environnement, l'exploitant a transmis à l'inspection des installations classées les rapports d'incidents visant à présenter *« les circonstances et les causes de l'accident ou de l'incident, les effets sur les personnes et l'environnement, les mesures prises ou envisagées pour éviter un accident ou un incident similaire et pour en pallier les effets à moyen ou à long terme »*. Ces rapports d'incident sont annexés au présent rapport.

L'inspection a porté sur le traitement de ces deux incidents et de manière plus générale sur la gestion des événements par l'exploitant KEM ONE.

Cette inspection s'est déroulée dans un premier temps en salle avec l'équipe HSE, puis en salle de commande des chaînes de production PVC et dans l'atelier Poly 4 où les inspecteurs ont échangé avec l'équipe de conduite en poste. Des points de contrôles ont également été réalisés sur le site au niveau des pompes (P 162 A & B, P 302 et P 304) de transfert de CVM vers les stocks journaliers.

## II – Principaux constats de la visite d'inspection

### 2.1 – Suites données à la précédente inspection :

Sans Objet.

### 2.2 Thème

- **GESTION DES EVENEMENTS**

### Recherche des causes profondes

#### Contexte réglementaire

Rappel de l'exigence réglementaire : arrêté ministériel du 26/05/2014, Annexe I, §6 : *« Les procédures [du système de gestion de la sécurité] englobent le système de notification des accidents majeurs ou des accidents évités de justesse, notamment lorsqu'il y a eu des défaillances des mesures de prévention, les enquêtes faites à ce sujet et le suivi, en s'inspirant des expériences du passé. »*

Plusieurs outils<sup>1</sup> à la disposition des exploitants et de l'inspection des installations classées préconisent que les enquêtes mentionnées au paragraphe précédent mènent à l'identification des causes profondes.

Le guide de l'INERIS n° DRA-08-95321-15486B<sup>1</sup> (Fiche de base n°6) définit les causes profondes de la manière suivante : *« On parle parfois de causes profondes des accidents par opposition aux causes directes proches de la séquence accidentelle (défaillances techniques avec les « erreurs humaines » et les échecs des barrières de sécurité). Les causes profondes sont des défaillances qui se situent en amont (dans le temps et l'organisation) à d'autres niveaux du système sociotechnique. Ces multiples défaillances observées aux différents niveaux du système sociotechnique (ci-dessous) ont pu favoriser le développement de l'accident, influencer les conditions dans lesquels l'incident voire la catastrophe s'est produite, et affaiblir les mesures de sécurité visant à prévenir le développement d'un tel événement. Les différentes activités réalisés par des acteurs à différents niveaux du système sont inter-reliées et soumises à des contraintes environnementales. Elles font appel à des disciplines différentes de la recherche scientifique pour les analyser. »*

---

<sup>1</sup> Guide INERIS n° DRA-08-95321-15486B « Élaboration d'un mémento technique d'enquête après accident » disponible sur le site <https://www.ineris.fr/sites/ineris.fr/files/contribution/Documents/memento-enquete-accident-2011-web.pdf>

Fiche de notification d'accident / incident : disponible sur le site <https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/en-cas-daccident/informer-linspection-des-installations-classees-dun-accident/>

### Exhaustivité des causes recherchées

L'équipe d'inspection a examiné les modalités d'analyse des causes appliquées par l'exploitant à la suite des deux incidents du 6 décembre 2017 et du 29 janvier 2018.

Elle a noté que des arbres des causes ont été réalisés en groupe pluridisciplinaires et que ceux-ci ont conduit à l'identification de certaines causes profondes comme le caractère non adéquat d'une procédure, la sous-estimation, par certains opérateurs, du risque de rejet de CVM depuis les autoclaves en situation d'inter-cycles et les conséquences sanitaires associées, ou encore la difficulté à joindre le chef de poste pour cause de renvois téléphoniques inappropriés.

L'exploitant a également présenté un projet de formation à la méthode d'analyse par arbre des causes dont bénéficieront un panel de personnes plus élargi qu'actuellement afin d'optimiser la sollicitation des ressources pour ces travaux en groupe.

L'équipe d'inspection a examiné par sondage des compte-rendus d'évènements depuis 2016 et a relevé plusieurs points qui illustrent le caractère perfectible de la démarche d'identification exhaustive des causes profondes par l'exploitant.

#### Incident du 29 janvier 2018 (fuite de CVM par le piquage de la pompe P162 A) :

L'arbre des causes établi par l'exploitant identifie que la fermeture manuelle de la vanne d'aspiration CVL3601 a été retardée du fait de l'absence du réducteur prévu pour la manoeuvrer. En revanche aucune cause n'est identifiée pour expliquer cette absence. L'équipe d'inspection observe qu'une telle démarche permettrait de détecter l'existence d'autres situations de ce type, relatives à l'absence d'outils opérationnels sur leur lieu d'utilisation et si elles peuvent avoir des conséquences sur la maîtrise de la sécurité au sein de l'établissement.

#### Incident du 6 décembre 2017 (rejet de CVM suite à erreur de connexion de pompe)

L'équipe d'inspection a noté que l'opération de mise sous vide du pré-polymériseur Prépo4 a été réalisée en utilisant des équipements soumis à des pressions pour lesquelles ils ne sont pas conçus. Cette pratique aurait pu provoquer des dangers supplémentaires. Cette situation ne fait pas l'objet d'une analyse dans l'arbre des causes présenté.

#### Évènement du 24 mai 2017 (ouverture intempestive du trou d'homme de l'autoclave 46 pendant la phase de mise à vide)

L'exploitant a classé cet évènement comme ayant une criticité potentielle très élevée selon son échelle interne. Le compte-rendu d'évènement n° 101154 associé mentionne que le dysfonctionnement d'une électrovanne, considérée comme l'une des défaillances à l'origine de l'évènement, avait été signalé 5 jours avant celui-ci, sans qu'une action ne puisse être mise en œuvre dans ce délai. L'équipe d'inspection relève que cette situation n'est pas analysée dans l'arbre des causes et conclut que cette analyse ne permet pas de se prémunir de la réapparition d'un scénario similaire.

#### Incident du 20 décembre 2016 (fuite de CVM par la purge de l'autoclave 56)

Les actions présentées à la suite de cet évènement sont associées à des causes premières uniquement.

**Incident du 12 juin 2016** (fuite de 2,3 tonnes de CVM au niveau du joint du tampon de lavage nord de l'autoclave 52)

Les actions présentées à la suite de cet événement sont associées à des causes premières uniquement, alors que des liens avec les actions prises à la suite d'un événement similaire du 17 janvier 2016 (suppression du système avec doigt de centrage) semble exister.

**Demande n°1** : pour chacun des événements mentionnés ci-dessus (en dates des 29 janvier 2018, 6 décembre 2017, 24 mai 2017, 20 décembre 2016 et 12 juin 2016) l'exploitant transmettra une analyse des causes actualisée en justifiant de l'exhaustivité des causes profondes identifiées. Pour les causes nouvellement identifiées, il précisera les actions correctives ou préventives à mettre en œuvre et l'échéancier associé.

**Demande n°2** : l'exploitant décrira l'organisation qu'il met en place pour évaluer, de façon proportionnée aux enjeux, le niveau d'exhaustivité des causes profondes qui sont identifiées lors de ses analyses.

<i>Constat N°1 (Demandes n°1 et n°2)</i>		
Conclusion	Référence réglementaire	Délai ou calendrier
<input type="checkbox"/> Pas d'observation	Arrêté ministériel du 26/05/2014, Annexe I, §6 <i>« Les procédures englobent le système de notification des accidents majeurs ou des accidents évités de justesse, notamment lorsqu'il y a eu des défaillances des mesures de prévention, les enquêtes faites à ce sujet et le suivi, en s'inspirant des expériences du passé »</i>	3 mois
<input checked="" type="checkbox"/> Observation		
<input type="checkbox"/> Non conformité		
<input type="checkbox"/> Proposition de mise en demeure		

#### Gestion des déverrouillages et des shunts

L'équipe d'inspection a relevé que des actions de déverrouillage des consignes d'automate de conduite ou des actions de shunt de certains équipements avaient été identifiées par l'exploitant comme causes de plusieurs événements survenus.

Suite à l'incident du 6 décembre 2017, l'exploitant a mis en place un système de double validation informatique avant la réalisation d'une action de déverrouillage d'une consigne du système numérique de conduite des chaînes de fabrication PVC. L'équipe d'inspection a relevé que cette double validation n'a pas été implémentée pour les déverrouillages qui pourraient être sollicités lors des opérations fréquentes de nettoyage des équipements installés dans le fond inférieur des autoclaves.

**Demande n°3** : l'exploitant indiquera les raisons pour lesquelles le système de double validation n'est pas requis lors des opérations de nettoyage des équipements installés dans le fond inférieur des autoclaves et transmettra l'analyse des risques associée à cette décision.

<b>Constat N°2 (Demande n°3)</b>		
<b>Conclusion</b>	<b>Référence réglementaire</b>	<b>Délai ou calendrier</b>
<input type="checkbox"/> Pas d'observation	Code de l'environnement, article R.512-69  « Un rapport d'accident ou, sur demande de l'inspection des installations classées, un rapport d'incident est transmis par l'exploitant à l'inspection des installations classées. Il précise, notamment, les circonstances et les causes de l'accident ou de l'incident, les effets sur les personnes et l'environnement, les mesures prises ou envisagées pour éviter un accident ou un incident similaire et pour en pallier les effets à moyen ou à long terme. »	3 mois
<input checked="" type="checkbox"/> Observation		
<input type="checkbox"/> Non conformité		
<input type="checkbox"/> Proposition de mise en demeure		

L'équipe d'inspection a examiné les conditions de gestion des shunts mis en place dans les chaînes de fabrication de PVC. L'exploitant a indiqué que lorsqu'un shunt est réalisé, celui-ci fait l'objet d'une fiche le décrivant. L'ensemble de ces fiches, conservées dans un classeur présent en salle de conduite Pöly3 et Poly4, est visé chaque semaine par les chefs d'équipes. L'équipe d'inspection observe d'une part qu'aucune information relative au caractère acceptable du délai de mise en place de ces shunts n'est formalisée. D'autre part, l'équipe d'inspection considère que ces informations mériteraient d'être partagées de manière systématique avec d'autres services de l'établissement, en particulier avec les services compétents pour statuer sur la remise en cause, par ces shunts, des hypothèses prises dans les études des dangers du site.

**Demande n°4** : l'exploitant indiquera les dispositions organisationnelles qu'il met en œuvre pour formaliser la vérification continue que les shunts mis en place sur les installations ne remettent pas en cause les hypothèses prises dans les études des dangers qui les concerne. Dans le cas où des situations d'indisponibilité temporaire d'une mesure de maîtrise des risques seraient rencontrées, l'exploitant indiquera les modalités de définition et de gestion des mesures de repli techniques ou organisationnelles mises en place.

<b>Constat N°3 (Demande n°4)</b>		
<b>Conclusion</b>	<b>Référence réglementaire</b>	<b>Délai ou calendrier</b>
<input type="checkbox"/> Pas d'observation	Article 4 – Arrêté préfectoral du 16 février 2012  « Les indisponibilités temporaires des mesures de maîtrise des risques susvisées sont gérées et tracées dans le cadre du SGS. Des mesures de repli, techniques ou organisationnelles, sont définies et gérées, sauf justification particulière, en relation avec le niveau de sécurité de la mesure indisponible. »  Code de l'environnement, article L181-25 : « Le demandeur fournit une étude de dangers qui précise les risques auxquels l'installation peut exposer, directement ou indirectement, les intérêts mentionnés à l'article L. 511-1 en cas d'accident, que la cause soit interne ou externe à l'installation. »	3 mois
<input type="checkbox"/> Observation		
<input checked="" type="checkbox"/> Non conformité		
<input type="checkbox"/> Proposition de mise en demeure		

**Mise en œuvre des actions correctives et préventives suites aux incidents du 6 décembre 2017 et du 29 janvier 2018**

L'équipe d'inspection a examiné, par sondage, l'état d'avancement des actions correctives qui sont indiquées dans les rapports des incidents du 6 décembre 2017 et du 29 janvier 2018 :

<b><u>Incident du 6 décembre 2017</u></b>		
<b>Action</b>	<b>Délai annoncé</b>	<b>Observation de l'Inspection</b>
Réaliser une tournée de sécurité dans chaque équipe postée sur cet événement animée par le responsable de fabrication et le chef de service HSE (rappel de la quantité de CVM gaz pendant les périodes inter-cycles, notification des émissions atmosphériques)	Fin 2017	Les comptes-rendus de ces tournées ont été présentés.
Rédaction d'un REX à froid sur l'incident, ses causes et les actions associées	31/01/18	Rapport HSE – YJ CB LC – 2017-031 transmis à l'Inspection le 22/12/2017
Extraction de la partie mise à disposition de l'atelier PVC pour les essais groupes électrogènes de la procédure OPERGUID « Courant secours » pour en faire un mode opératoire spécifique	31/01/18	Document U – P3 – P4 n°15 présenté et testé depuis janvier 2018.
Briefing systématique Chef de Poste / Equipe avant Essai Groupe	10/01/2018 (prochain essai)	Non examiné.
Mise en place d'une double validation en cas de déverrouillage de l'asservissement	Arrêt 2018	Double validation observée en salle de commande. Voir demande n°3.
Rappel des consignes d'informations HSE et ou Astreintes en cas d'émission de CVM.	Fait	Inclus dans les comptes-rendus de tournée de sécurité examinés.

<b><u>Incident du 29 janvier 2018</u></b>		
<b>Action</b>	<b>Délai annoncé</b>	<b>Observation de l'Inspection</b>
Réduction du risque à la source : suppression des piquages acier sur les pompes CVM Liquide (4 aux stocks journaliers P162 A&B, P302, P304)	Fait	Ce point a été vérifié sur site pour la pompe P162B.
Inspection des piquages de purge de pompes CVM Liquide	Fait	Non examiné.
Réduction du risque à la source : Mise en place de piquages de purge soudés	En commande sur une pompe	Ce point a été vérifié sur site pour la pompe P162B.

NB : aucun piquage acier et fileté sur les 6 pompes de transfert Sphère / Production	P162	
Remise en place des réducteurs manquants l'ensemble des installations CVM Liquide (rapidité d'intervention)	Fait à 80 % Pour P162 A&B : En commande	Non examiné
Tournée de sécurité spécifiques sur piquages CVM	Avril 2018	Sans objet
Etude & Analyse de risque pour automatisation des vannes de la ligne de décompression (CVG 3616 & 3617)	2018 (à préciser)	La date ciblée pour cette étude est le 6 juin 2018.

**Demande n°5 :** l'exploitant transmettra à l'inspection l'étude et l'analyse des risques liés à l'automatisation des vannes de la ligne de décompression (CVG 3616 & 3617), en précisant si cette modification :

- relève d'un caractère notable selon ses propres critères ;
- a des conséquences sur les conclusions de l'étude des dangers liée aux activités CVM.

<b>Constat N°4 (Demande n°5)</b>		
<b>Conclusion</b>	<b>Référence réglementaire</b>	<b>Délai ou calendrier</b>
<input type="checkbox"/> Pas d'observation	Code de l'environnement, article R.81-46 II : <i>« Toute autre modification notable apportée aux activités, installations, ouvrages et travaux autorisés, à leurs modalités d'exploitation ou de mise en œuvre ainsi qu'aux autres équipements, installations et activités mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 181-1 inclus dans l'autorisation doit être portée à la connaissance du préfet, avant sa réalisation, par le bénéficiaire de l'autorisation avec tous les éléments d'appréciation. »</i>	3 mois
<input checked="" type="checkbox"/> Observation		
<input type="checkbox"/> Non conformité		
<input type="checkbox"/> Proposition de mise en demeure		

## Détection et suivi des évènements

Définition d'un « évènement » selon la procédure GS027<sup>2</sup> de l'exploitant : « *Déviation par rapport à la bonne façon de faire avec une conséquence qui a entraîné ou qui aurait pu entraîner une perte (accident ou incident).* »

L'équipe d'inspection a examiné les modalités de détection et de suivi des évènements par l'exploitant, notamment à travers les procédures de son système de gestion de la sécurité (SGS) et retient les points ci-dessous.

- Les informations relatives aux évènements survenus sont partagées à différentes fréquences (journalières, hebdomadaires, mensuelles et bi-annuelles) lors de différentes instances intra ou inter-services.
- Un évènement doit être formalisé sous la forme d'un compte-rendu d'évènement (CRE) dès lors qu'il porte ou aurait pu porter atteinte au personnel, à l'environnement, au produit, au matériel, à la qualité ou avoir un impact médiatique. Un suivi hebdomadaire de tout CRE nouvellement ouvert est assuré par le service HSE.
- La formalisation par un CRE est cadrée par des procédures du SGS et les niveaux d'analyse et d'action liés à son traitement sont définis en fonction de la criticité potentielle de l'évènement.
- Sous l'impulsion de son service HSE, la direction du site a fixé un objectif d'augmentation du nombre de déclaration d'évènements (250 CRE visés en 2018 pour 157 ouverts en 2017), afin d'accroître sa connaissance des presque évènements.
- A l'issue de son évaluation du niveau d'amélioration continue (cf. le compte-rendu de revue de direction du 6 février 2018) la direction du site a noté un retard dans la réalisation des actions identifiées dans les CRE (8,5 % des actions hors délai pour un objectif de 5 % visé). Une action d'animation de la démarche CRE par le service HSE est inscrite au plan de progrès 2018.

A l'issue de cet examen, l'équipe d'inspection formule deux observations.

Le suivi du respect des échéances associées aux actions correctives et préventives identifiées dans les CRE est formalisé lors des revues de direction biannuelles. L'exploitant indique que ce suivi peut également être réalisé lors des comités de direction mensuels sans faire l'objet d'une formalisation. L'équipe d'inspection observe que la formalisation de ce suivi permettrait de l'institutionnaliser à une fréquence plus cohérente avec la temporalité opérationnelle des activités du site et ainsi d'anticiper la nécessité d'adapter le nombre des ressources consacrées à la réalisation de ces actions.

**Demande n°6 : l'exploitant évaluera le bénéfice, pour sa politique de prévention des accidents majeurs, de formaliser le suivi des actions identifiées dans les CRE à une périodicité plus adaptée à la temporalité opérationnelle.**

<b>Constat N°5 (Demande n°6)</b>		
<b>Conclusion</b>	<b>Référence réglementaire</b>	<b>Délai ou calendrier</b>
<input type="checkbox"/> Pas d'observation	Arrêté ministériel du 26/05/2014, Annexe I <i>« Le système de gestion est proportionné aux risques, aux activités industrielles et à la complexité de l'organisation dans l'établissement et repose sur l'évaluation des risques. Il intègre la partie du système de gestion général incluant la structure organisationnelle, les responsabilités, les pratiques, les procédures, les procédés et les ressources qui permettent de déterminer et de mettre en œuvre la politique de prévention des accidents majeurs. »</i>	3 mois
<input checked="" type="checkbox"/> Observation		
<input type="checkbox"/> Non conformité		
<input type="checkbox"/> Proposition de mise en demeure		

L'exploitant n'a pas été en mesure de présenter à l'équipe d'inspection les dispositions qu'il met en place pour évaluer l'efficacité des actions préventives et correctives découlant du traitement des CRE.

**Demande n°7 :** l'exploitant indiquera les dispositions qu'il met en place pour évaluer l'efficacité des actions préventives et correctives découlant du traitement des CRE et transmettra le résultat de cette évaluation.

<b>Constat N°6 (Demande n°7)</b>		
<b>Conclusion</b>	<b>Référence réglementaire</b>	<b>Délai ou calendrier</b>
<input type="checkbox"/> Pas d'observation	Arrêté ministériel du 26/05/2014, Annexe I §7 <i>« Des procédures sont mises en œuvre en vue de l'évaluation périodique systématique de la politique de prévention des accidents majeurs et de l'efficacité et de l'adéquation du système de gestion de la sécurité. »</i>	3 mois
<input type="checkbox"/> Observation		
<input checked="" type="checkbox"/> Non conformité		
<input type="checkbox"/> Proposition de mise en demeure		

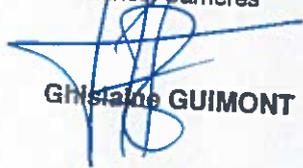
**Suites données par l'inspection**

- Observations ou non conformités à traiter par courrier
- Proposition de suites administratives (APMD, amende administrative, consignation, etc.)
- Proposition de renforcement, modification ou mise à jour des prescriptions
- Autre(s) :

**Synthèse des suites :**

Il ressort de cette inspection que la politique de prévention des accidents majeurs mise en place par l'exploitant doit faire l'objet d'améliorations des processus de recherche des causes profondes consécutives à un événement ainsi que pour le suivi et l'évaluation de l'efficacité des actions identifiées dans la cadre de sa politique.

A l'issue de cette inspection, des non-conformités vis-à-vis des exigences examinées, ainsi que des points faisant l'objet d'observations ont été relevés. L'exploitant devra fournir selon les délais mentionnés dans le présent rapport, les éléments permettant de justifier de la mise en œuvre des actions correctives nécessaires pour les lever.

Signature	Vérificateur	Approbateur
le 24 avril 2018		
L'ingénieur de l'industrie et des mines  Ludovic BATTISTA	le 04.06.2018. Le Chef du Pôle Risques Technologiques, Mines, Carrières  Ghislaine GUIMONT	11 JUIN 2018 Chef du Service Prévention des Risques, Climat, Air, Énergie  Sébastien VIENOT
L'ingénieure de l'industrie et des mines  Annelaure GAUTHIER		
L'inspecteur de l'environnement  Christophe POLGE		

**Pièces jointes le cas échéant : /**

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Annexe 2 : Rapport de l'incident du 6 décembre 2017

Annexe 3 : Rapport de l'incident du 29 janvier 2018

